

Therapie im Maßregelvollzug

- und dann?

Eine Verlaufsuntersuchung an

forensischen Patienten (§§ 63 und 64 StGB)

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät II
(Psychologie, Pädagogik und Sportwissenschaften) der Universität Regensburg

vorgelegt von

Adelheid Bezzel

aus

Türkheim

2008

Regensburg, 2008

Erstgutachter: Prof. Dr. Helmut Lukesch

Zweitgutachter: Prof. Dr. Jürgen Zulley

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	12
2. Theoretischer Hintergrund.....	14
2.1 Maßregelvollzug	14
2.1.1 Zur Geschichte von Maßregeln und Maßregelvollzug.....	14
2.1.2 Juristische Grundlagen	16
2.1.2.1 Maßregel der Besserung und Sicherung	16
2.1.2.2 Die Anordnung	16
2.1.2.3 Die Vollstreckung	20
2.1.2.4 Die Entlassung	22
2.1.3 Unterbringung im Maßregelvollzug.....	24
2.1.3.1 Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB)	24
2.1.3.2 Entziehungsanstalt (§ 64 StGB).....	26
2.1.3.3 Vorläufige Unterbringung (§ 126 a StPO).....	29
2.1.4 Therapie im Maßregelvollzug	29
2.1.4.1 Innere und äußere Kernaspekte.....	29
2.1.4.2 § 63 StGB: Patientenmerkmale.....	35
2.1.4.3 § 63 StGB: Therapiemodule	39
2.1.4.4 § 63 StGB: Zwischenfälle	44
2.1.4.5 § 63 StGB: Entlassung und Nachsorge.....	46
2.1.4.6 § 64 StGB: Patientenmerkmale.....	48
2.1.4.7 § 64 StGB: Therapiemodule	51
2.1.4.8 § 64 StGB: Therapieabbruch und Zwischenfälle.....	54
2.1.4.9 § 64 StGB: Entlassung und Nachsorge.....	56
2.2 Prognosen	57
2.2.1 Stellenwert von Prognosen im Maßregelvollzug	57
2.2.2 Prognoseforschung und Prognosemethoden	59
2.2.3 Rückfall- und Prognosestudien	64
2.3 Katamnesestudien.....	68
2.3.1 Intention und Methode	68
2.3.2 Katamnesestudien im Maßregel- und Strafvollzug.....	72
2.3.2.1 Gemischte Stichproben	72

2.3.2.2 § 63 StGB-Stichproben	76
2.3.2.3 § 64 StGB-Stichproben	81
2.3.2.4 Straftäter-Stichproben	84
2.3.2.5 Zusammenfassende Darstellung der forensischen Katamnesestudien	90
2.3.3 Katamnesestudien in Fachkrankenhäusern für Suchtkranke	100
2.3.3.1 Studien bei Drogenabhängigen	100
2.3.3.2 Studien bei Alkoholabhängigen	102
2.3.3.3 Zusammenfassende Darstellung der Katamnesestudien aus Fachkrankenhäusern.....	105
3. Fragestellung.....	107
4. Methode	109
4.1 Fachklinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Regensburg ...	109
4.1.1 Klinik: Struktur und Aufbau	109
4.1.2 Therapieangebot	110
4.1.3 Stufenprogramm	112
4.1.3.1 § 63 StGB-Stationen.....	112
4.1.3.2 § 64 StGB-Stationen.....	114
4.1.4 Stationsordnung	116
4.2 Studiendesign.....	116
4.2.1 Fragebögen	116
4.2.2 Datenerhebung.....	118
4.2.3 Datenauswertung	121
4.2.3.1 Statistische Datenauswertung.....	121
4.2.3.2 Inhaltsanalytische Auswertung der Interviews	122
4.2.4 Stichprobe.....	130
4.2.4.1 Probandenpool.....	130
4.2.4.2 Kennzahlen der Gesamtstichprobe.....	131
4.2.4.3 Kennzahlen der Katamnesestichprobe	135
5. Ergebnisse.....	142
5.1 Messzeitpunkt 1 „Therapieabschluss“: § 63 StGB-Patienten.....	142
5.1.1 Anamnese	142
5.1.1.1 Biographie	142
(1) Geburtsland	142

(2) Schul- und Berufsbildung	142
(3) Arbeitssituation vor Aufnahme.....	143
5.1.1.2 Klinische Anamnese	143
(1) Diagnose	143
(2) Intelligenzniveau.....	146
(3) Erkrankungsalter und Psychiatrieerfahrung.....	146
5.1.1.3 Forensische Anamnese	148
(1) Anlassdelikt	148
(2) Freiheitsstrafe.....	152
(3) Zeit in Haft vor Therapieantritt.....	153
(4) Strafregisterauszüge.....	154
(5) Art der Vordelinquenz	154
(6) Alter bei 1. Straftat.....	155
(7) Hafterfahrung	157
5.1.1.4 Zusammenfassung Anamnese.....	158
5.1.2 Therapieverlauf	160
5.1.2.1 Aufnahmealter	160
5.1.2.2 Dauer der Unterbringung	162
5.1.2.3 Zwischenvollzug	164
5.1.2.4 Medikation	165
5.1.2.5 Zwischenfälle.....	165
(1) Suchtmittelrückfall.....	165
(2) Erneute Straftat	165
(3) Gewalt	166
(4) Entweichung	166
5.1.2.6 Behandlungsprobleme	167
5.1.2.7 Behandlungsergebnis	168
(1) Alle § 63 StGB-Probanden	168
(2) Bedingt entlassene § 63 StGB-Probanden	170
5.1.2.8 Zusammenfassung Therapieverlauf.....	171
5.1.3 Therapieabschluss	173
5.1.3.1 Entlassungsart	173
5.1.3.2 Entlassungsort.....	176
5.1.3.3 Wohnen.....	177

5.1.3.4 Weisungen	177
5.1.3.5 Betreuer und Bewährungshelfer	178
5.1.3.6 Arbeit	179
5.1.3.7 Finanzielle Situation	179
(1) Einkommen	180
(2) Schulden	180
5.1.3.8 Familienstand	181
5.1.3.9 Kinder	182
5.1.3.10 Kontaktverhalten	182
(1) Sozialkontakte	182
(2) Vereinszugehörigkeit	183
(3) Freizeitverhalten	183
5.1.3.11 Zusammenfassung Therapieabschluss	183
5.1.4 Probandeninterviews	185
5.1.4.1 Therapiebewertung	185
5.1.4.2 Interview	187
5.2 Messzeitpunkt 1 „Therapieabschluss“: § 64 StGB-Patienten.....	192
5.2.1 Anamnese	192
5.2.1.1 Biographie	192
(1) Geschlecht	192
(2) Geburtsland	192
(3) Schul- und Berufsbildung.....	193
(4) Arbeitssituation vor Aufnahme	194
5.2.1.2 Klinische Anamnese.....	195
(1) Diagnose	195
(2) Intelligenzniveau	197
(3) Erkrankungsalter	198
(5) Therapieerfahrung	198
(6) Abstinenz.....	201
5.2.1.3 Forensische Anamnese	201
(1) Anlassdelikt	201
(2) Freiheitsstrafe	204
(3) Zeit in Haft vor Therapieantritt	206
(4) Strafregistrauszug	206

(5) Art der Vordelinquenz	208
(6) Alter bei 1. Straftat.....	210
(7) Hafterfahrung	211
5.2.1.4 Zusammenfassung Anamnese.....	213
5.2.2 Therapieverlauf	216
5.2.2.1 Aufnahmealter	216
5.2.2.2 Dauer der Unterbringung	217
5.2.2.3 Zwischenvollzug	221
5.2.2.4 Medikation	221
5.2.2.5 Interferontherapie.....	222
5.2.2.6 Zwischenfälle.....	222
(1) Suchtmittelrückfall.....	222
(2) Erneute Straftat	225
(3) Gewalt	226
(4) Entweichung	226
5.2.2.7 Behandlungsprobleme	228
5.2.2.8 Therapieabbruch	230
5.2.2.9 Behandlungsergebnis	233
5.2.2.10 Zusammenfassung Therapieverlauf	234
5.2.3 Therapieabschluss	237
5.2.3.1 Entlassungsart	237
5.2.3.2 Entlassungsort	249
5.2.3.3 Weisungen	249
5.2.3.4 Betreuer und Bewährungshelfer	250
5.2.3.5 Arbeit	251
5.2.3.6 Wohnen	252
5.2.3.7 Finanzielle Situation	253
(1) Einkommen	253
(2) Schulden.....	253
5.2.3.8 Familienstand.....	254
5.2.3.9 Kinder	255
5.2.3.10 Kontaktverhalten.....	257
(1) Sozialkontakte.....	257
(2) Vereinszugehörigkeit	258

(3) Freizeitverhalten	258
5.2.3.11 Zusammenfassung Therapieabschluss	259
5.2.4 Probandeninterviews	263
5.2.4.1 Therapiebewertung	263
5.2.4.2 Interview	267
5.3 Messzeitpunkt 1 „Therapieabschluss“: § 126 a StPO-Patienten	272
5.3.1 Anamnese	272
5.3.1.1 Biographie	272
(1) Geschlecht	272
(2) Geburtsland	272
(3) Schul- und Berufsausbildung	272
(4) Arbeitssituation vor Aufnahme	273
5.3.1.2 Klinische Anamnese	273
(1) Diagnose	273
(2) Intelligenzniveau	275
(3) Erkrankungsalter	275
(4) Psychiatrieerfahrung	276
(5) Abstinenz	276
5.3.1.3 Forensische Anamnese	277
(1) Anlassdelikt	277
(2) Freiheitsstrafe	279
(3) Zeit in Haft vor Therapieantritt	279
(4) Strafregisterauszug	279
(5) Art der Vordelinquenz	281
(6) Alter bei 1. Straftat	282
(7) Hafterfahrung	284
5.3.1.4 Zusammenfassung Anamnese	285
5.3.2 Therapieverlauf	287
5.3.2.1 Aufnahmealter	287
5.3.2.2 Dauer der Unterbringung	287
5.3.2.3 Medikation	288
5.3.2.4 Zwischenfälle	288
(1) Suchtmittelrückfall	288
(2) Erneute Straftat	289

(3) Gewalt	289
(4) Entweichung	289
5.3.2.5 Behandlungsprobleme	289
5.3.2.6 Therapieabbruch	290
5.3.2.7 Behandlungsergebnis	290
5.3.2.8 Zusammenfassung Therapieverlauf	290
5.3.3 Therapieabschluss	291
5.3.3.1 Entlassungsart	291
5.3.3.2 Entlassungsort	292
5.3.3.3 Weisungen	292
5.3.3.4 Betreuer und Bewährungshelfer	293
5.3.3.5 Arbeit	293
5.3.3.6 Wohnen	293
5.3.3.7 Finanzielle Situation	293
(1) Einkommen	293
(2) Schulden	294
5.3.3.8 Familienstand	294
5.3.3.9 Kinder	295
5.3.3.10 Kontaktverhalten	295
(1) Sozialkontakte	295
(2) Vereinszugehörigkeit	295
(3) Freizeitverhalten	295
5.3.3.11 Zusammenfassung Therapieabschluss	295
5.3.4 Probandeninterviews	296
5.3.4.1 Therapiebewertung	296
5.3.4.2 Interview	298
5.4 Messzeitpunkt 2 „Katamnese“: § 63 StGB-Patienten	300
5.4.1 Soziodemographische Entwicklung	300
5.4.1.1 Berufliche Stellung	300
5.4.1.2 Wohnsituation	300
5.4.1.3 Finanzielle Situation	300
5.4.1.4 Familienstand	301
5.4.1.5 Sozialkontakte und Freizeitverhalten	302
5.4.2 Legalbewährung	302

5.4.3 Psychopathologischer Zustand	304
5.4.3.1 Psychopathologie	304
5.4.3.2 Krankheitsbewältigung.....	305
5.4.3.3 Nachsorge.....	306
5.4.3.4 Umgang mit Suchtmitteln	307
5.4.3.5 Zusammenfassung Lebenskontext	309
5.4.4 Erfolgseinschätzung.....	310
5.4.4.1 Interviewer	310
5.4.4.2 Proband.....	312
5.4.5 Verlaufsprädiktoren	313
5.4.5.1 Legalbewährung	313
5.4.5.2 Psychopathologie	316
5.4.5.3 Zusammenfassung der Verlaufsprädiktoranalyse	320
5.4.6 Probandeninterviews	322
5.4.6.1 Therapiebewertung	322
5.4.6.2 Interview.....	324
5.5 Messzeitpunkt 2 „Katamnese“: § 64 StGB-Patienten	326
5.5.1 Soziodemographische Entwicklung	326
5.5.1.1 Berufliche Stellung.....	326
5.5.1.2 Wohnsituation	328
5.5.1.3 Finanzielle Situation.....	329
5.5.1.4 Familienstand	330
5.5.1.5 Sozialkontakte und Freizeitverhalten	331
5.5.2 Legalbewährung	332
5.5.3 Abstinenz	338
5.5.3.1 Abstinenzverhalten.....	338
5.5.3.2 Krankheitsbewältigung.....	342
5.5.3.3 Nachsorge.....	345
5.5.3.4 Zusammenfassung Lebenskontext	348
5.5.4 Erfolgseinschätzung.....	350
5.5.4.1 Interviewer	350
5.5.4.2 Proband.....	353
5.5.5 Verlaufsprädiktoren	356
5.5.5.1 Legalbewährung	356

(1) Anamnestische und therapeutische Prädiktoren: Katamnesestichprobe....	357
(2) Anamnestische und therapeutische Prädiktoren: Alkoholiker-SP	360
(3) Anamnestische und therapeutische Prädiktoren: Drogenabhängigen-SP ..	361
(4) Lebenskontext-Prädiktoren: Katamnesestichprobe	362
(5) Lebenskontext-Prädiktoren: Alkoholiker-SP	366
(6) Lebenskontext-Prädiktoren: Drogenabhängigen-SP	367
5.5.5.2 Abstinenzverhalten	369
(1) Anamnestische und therapeutische Prädiktoren: Katamnesestichprobe....	369
(2) Anamnestische und therapeutische Prädiktoren: Alkoholiker-SP	372
(3) Anamnestische und therapeutische Prädiktoren: Drogenabhängigen-SP ..	374
(4) Lebenskontext-Prädiktoren: Katamnesestichprobe	376
(5) Lebenskontext-Prädiktoren: Alkoholiker-SP	379
(6) Lebenskontext-Prädiktoren: Drogenabhängigen-SP	381
5.5.5.3 Zusammenfassung der Verlaufsprädiktorenanalyse	384
5.5.6 Probandeninterviews	390
5.5.6.1 Therapiebewertung	390
5.5.6.2 Interview	394
6. Diskussion	399
6.1 Anamnestische Aspekte.....	400
6.1.1 Psychiatrische Probanden.....	400
6.1.2 Suchtkranke und vorläufig Untergebrachte	402
6.2 Therapeutische Aspekte	404
6.2.1 Psychiatrische Probanden.....	404
6.2.2 Suchtkranke und vorläufig Untergebrachte	406
6.2.3 Zufriedenheitsmaße bei Entlassung	409
6.3 Katamnese	410
6.3.1 Psychiatrische Probanden.....	411
6.3.2 Suchtkranke	414
6.3.3 Zufriedenheitsmaße zum Follow-up	416
7. Zusammenfassung.....	418
8. Literaturverzeichnis	420
9. Anhang	429

1. Einleitung

An die Arbeit mit strafrechtlich untergebrachten Patienten werden hohe Anforderungen gestellt. Steigende Unterbringungszahlen, Patienten mit ungünstigen prognostischen Merkmalen, eine zunehmend restriktivere Gesetzgebung bei Anordnung aber auch Entlassung und schließlich ein nicht unerheblicher Druck der Öffentlichkeit hinsichtlich Sicherheit sind einige der Kernaspekte, die die forensische Therapie in besonderer Weise begleiten (Koch, 1988; Schalast, Dessecker & von der Haar, 2005; Statistisches Bundesamt, 2005; Rosemann, 2003). Das Ziel der Maßregel fordert nicht weniger als die „Integration bzw. Reintegration des Straffälligen in die Gesellschaft, Persönlichkeitsreife, Verhinderung neuer Straftaten“ (Bertram, 1995, S. 61). Dabei ist die Unterbringung im Maßregelvollzug nicht selten die „ultima ratio“ (Koch, 1988, S. 80).

Um den Anforderungen gerecht zu werden, haben sich die forensischen Therapieeinrichtungen stetig weiterentwickelt (Leygraf, 1999). Neben personeller Aufstockung und Anpassung der räumlichen Bedingungen werden insbesondere die Therapiekonzepte ausgearbeitet. In letzter Zeit fokussieren die Experten die Gestaltung der forensischen Nachsorge, denn die „eigentliche Therapie kommt erst nach der Entlassung“ (Meyer, 1995, S. 75). Gerade hier offenbart sich aber das schlechte Image des Maßregelvollzugs; so sind aufgrund des negativen öffentlichen Meinungsbildes viele komplementäre Einrichtungen nicht bereit, forensisches Klientel zu übernehmen (Dönisch-Seidel & Hollweg, 2003). Die Kliniken geraten häufig nur bei Zwischenfällen in den Blickpunkt der Öffentlichkeit und hinterlassen daher einen negativen Eindruck, der den tatsächlichen Zuständen nicht gerecht wird. Aus einer Untersuchung zu Lockerungen vs. Entweichungen wird vielmehr deutlich, dass Letztere „Ereignisse besonderer Qualität“ (Gretenkord & Müller-Isberner, 1991, S. 305) sind. Auch zeigen die vorliegenden Untersuchungen zur Effektivität, dass die Deliktrückfallrate forensischer Patienten niedriger als im Strafvollzug ist (Leygraf, 1998). Der Nutzen der Therapie wird aber nicht nur von Außen bezweifelt. Auch den Mitarbeitern fehlen Erfolgsrückmeldungen, die sich positiv in Arbeitszufriedenheit niederschlagen könnten (Bischoff-Mews, 1998; Schalast, 1999).

Es gibt allgemein zu wenig empirisch gesicherte Informationen über spezielle Vollzugsaspekte, die eine fundierte Diskussion in- und außerhalb des Maßregelvollzugs ermöglichen würden (Freese, Born, & Müller-Isberner, 1995). Es fehlen Studien, die der internen wie externen Qualitätskontrolle dienen (Dimmek & Duncker, 1996). Das ist

angesichts der Tatsache, dass Behandlungsmaßnahmen „eine Transparenz erhalten [müssen], mit der die Arbeitsweise und die Effektivität belegt werden können“ (Diederich, 2001, S. 78), besonders bedauerlich.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Maßregelvollzug

2.1.1 Zur Geschichte von Maßregeln und Maßregelvollzug

Im Vorentwurf zum schweizerischen Strafgesetzbuch von 1893 ist erstmals in einem strafrechtlichen Reaktionssystem das Prinzip der Zweispurigkeit enthalten: Strafe für Tatschuld, sichernde und bessernde Maßregeln für Schuldunfähigkeit (Thier, 1990). Das Schuldprinzip sieht Strafe als Schuldausgleich vor. Schuld ist eine Zuschreibung von Verantwortung und setzt damit voraus, „dass der Täter tatsächlich in der Lage war, die abweichende Tat zu lassen und stattdessen normgerecht zu handeln“ (a. a. O., S. 21). Im Gegensatz dazu ist die Maßregel rein präventiv, es ist kein Schuldausgleich intendiert und sie wird schuldunabhängig eingesetzt. Die vom Täter ausgehende Gefahr für Andere legitimiert den Freiheitsentzug; nicht die Schuld ist die Grundlage für die Zurechnung der Strafe (Jehle, 2003; Thier, 1990). Das Maßregelrecht ist als subsidiäre Ergänzung des strafrechtlichen Sanktionsrechts in den Fällen gedacht, „wo wegen der Grenzen des Schuldstrafrechts nicht genügend Präventionsmöglichkeiten zur Verfügung stehen“ (Horstkotte, 1995, S. 195).

In Deutschland wird Ende 1933 mit dem Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher die Unterbringung unzurechnungsfähiger oder vermindert zurechnungsfähiger Straftäter in Heil- und Pflegeanstalt bzw. Trinkerheilanstalt möglich gemacht (Leygraf, 1988; Schaumburg, 2003). Das zweispurige System wird zur Grundlage des geltenden Sanktionssystems. Bereits zu Beginn der Einführung von Maßregeln sollen diese der Besserung, aber v. a. der Sicherung dienen (Schaumburg, 2003).

Nach dem Zweiten Weltkrieg werden die Maßregeln ins Strafgesetzbuch übernommen und mit der bundesdeutschen Strafrechtsreform von 1969 in den Paragraphen (§§) 63 und 64 StGB formuliert. In der DDR war seit 1969 der Maßregelvollzug nicht mehr im Strafgesetzbuch enthalten (Leygraf, 1988). Dagegen wird in der Bundesrepublik auch 1975, 2. Strafrechtsreformgesetz, das System beibehalten; der Hauptakzent liegt nun auf Besserung. Die Therapie in forensisch-psychiatrischen Spezialabteilungen muss effizienter werden, Rehabilitation und Wiedereingliederung rücken in den Mittelpunkt, es wird ein therapeutischer Auftrag erteilt, der in den §§ 136 und 137 StVollzG (Aus-

wahl von Gesetzestexten, Abkürzungen und das Glossar forensischer Begriffe siehe Anhang A bis C) niedergeschrieben wird (Maier, Mache & Klein, 2000).

Dennoch ändert sich in der Unterbringungspraxis lange Zeit wenig, so dass in der Psychiatrie-Enquete die sogenannte Schlusslichtposition des Maßregelvollzugs beklagt wird (Thier, 1990). Die personelle Ausstattung ist deutlich schlechter (nur etwa die Hälfte des von der Psychiatrie-Enquete empfohlenen Personalschlüssels), es gibt für die Patienten nur eingeschränkte Möglichkeiten zur schulischen und beruflichen Weiterbildung, die Arbeitstherapie ist auf manuelle Tätigkeiten beschränkt und meist nicht in das Therapiekonzept eingebunden, Psychotherapie existiert nur am Rande, die räumlichen Zustände sind veraltet (Leygraf, 1999). Dabei sind die Unterschiede der baulichen Voraussetzungen und des Personalschlüssels in den einzelnen Einrichtungen enorm. Auch die therapeutische Ausrichtung bzw. die Grundatmosphäre unterscheidet sich deutlich. Leygraf bemängelt noch 1988 die therapiefeindliche Einstellung vieler im Maßregelvollzug Arbeitenden. Patienten würden als Gefangene bezeichnet, Krankengeschichten sehr lückenhaft und auf Zwischenfälle reduziert geführt. Er nennt die Bedingungen im Maßregelvollzug „desolat“ (Leygraf, 1988, S. 183) und fordert eine konsequente Integration therapeutischer Konzepte, um zu einer „Maßregelbehandlung“ (a. a. O., S. 184) zu kommen.

Nach 1990 verbessert sich die Situation. Neubauten bzw. Umbauten und eine deutliche Aufstockung des Personals ermöglichen ein anderes Arbeiten. Aber nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ kann sich der Maßregelvollzug weiterentwickeln. Die Bemühungen um Qualifizierung der forensischen Mitarbeiter nehmen stetig zu (Leygraf, 1999). Im Zuge eines kriminalpolitischen Umschwunges verschärft 1998 das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen Straftaten den Prognosemaßstab, indem es die sogenannte Erprobens- durch eine Erwartungsklausel (§ 67 d Abs. 2 StGB) ersetzt (Schalast et al., 2005): Die Vollstreckung ist dann auszusetzen, wenn erwartet werden kann, dass der Patient keine rechtswidrigen Taten mehr begeht. Früher war dies bereits möglich, wenn verantwortet werden konnte, dies zu erproben. Die Entlassungsmöglichkeiten werden entsprechend erschwert, was sich wiederum auch auf die Belegungszahlen auswirkt (sog. Abflussproblem).

Seit Beginn der 70er Jahre ist ein sprunghafter Anstieg der Gesamtzahl von Maßregelvollzugspatienten sowie der jährlichen Anordnungen zu verzeichnen (Seifert & Leygraf, 1999). Eine ähnlich ansteigende Kurve kann man bei den allgemeinen Daten zur Delikthäufigkeit der Polizeilichen Kriminalitätsstatistik erkennen, die dies auf eine ver-

änderte Bevölkerungs- und Sozialstruktur zurückführt (Jehle, 2003). Die Stichtagserhebung des Statistischen Bundesamtes (Strafvollzugstatistik 2004) zählt bundesweit 7 802 Maßregelvollzugspatienten, davon 7 353 Männer und 449 Frauen; in Bayern 1 705 Patienten, 1 592 Männer und 113 Frauen (Statistisches Bundesamt, 2004). Die größte Gruppe ist zwischen 30 bis 40 Jahre alt, überwiegend ledig. Bei den Unterbringungen gemäß § 63 StGB (Psychiatrisches Krankenhaus) gibt es einen höheren Anstieg als bei Suchtkranken (§ 64 StGB, Entziehungsanstalt). Während bundesweit 2/3 der Maßregelvollzugspatienten gemäß § 63 StGB untergebracht sind, zeigt sich in Bayern eine andere Struktur. Hier ist der Anteil der gemäß § 64 StGB in Therapie Befindlichen um einiges höher. In den letzten 20 Jahren hat sich die Anzahl verdreifacht (von 180 auf ca. 600 Patienten in 2001) und wächst stärker als im Bereich § 63 StGB (Dick, 2002). Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt ist seit der Neufassung des Maßregelrechts von 1969 zum festen, allgemein anerkannten Bestand des deutschen Sanktionsrechts geworden und nimmt daher kontinuierlich an Bedeutung zu, wie an der Anordnungshäufigkeit abzulesen ist (Meier & Metrikat, 2003).

2.1.2 Juristische Grundlagen

2.1.2.1 Maßregel der Besserung und Sicherung

Maßregeln sind wie andere Rechtsfolgen einer Straftat – z. B. Freiheitsstrafe oder Geldstrafe – im Strafgesetzbuch verankert (Schaumburg, 2003). Die Maßregeln der Besserung und Sicherung finden sich in §§ 61 bis 72 StGB. Man unterscheidet zwischen Freiheitsentziehenden und nicht Freiheitsentziehenden, wie z. B. Entziehen der Fahrerlaubnis. Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) und in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) gehören zu den freiheitsentziehenden Maßregeln und werden weitaus seltener angeordnet (Jehle, 2003; Schaumburg, 2003). Das Ziel der Unterbringung besteht darin, dass nach der Therapie vom Straftäter keine Gefahr mehr für die Allgemeinheit ausgeht (Schaumburg, 2003). Den Maßregeln wird eine Doppelfunktion zugewiesen: Schutz der Allgemeinheit und Heilung bzw. Pflege der Patienten (Thier, 1990).

2.1.2.2 Die Anordnung

Die Anordnung der Maßregel wird von den Strafgerichten durch das Urteil ausgesprochen (Volckart, 1997). Die Maßregeln können nur dann angeordnet werden, wenn eine erhebliche rechtswidrige Tat vorliegt. Die sog. Verhältnismäßigkeit (§ 62 StGB) muss

also gegeben sein, d. h., die im Sinne der Strafgesetze rechtswidrige Tat und die daraus resultierende Unterbringung dürfen nicht außer Verhältnis stehen (Thier, 1990).

Eine Studie mit 229 Maßregelvollzugspatienten lässt die Deliktverteilung erkennen (Dimmek & Duncker, 1996): Eigentumsdelikte führen gefolgt von aggressiven Gewaltdelikten gegen Personen und Sexualdelikten. Die Deliktverteilung in der allgemeinen Strafverfolgungsstatistik zeigt ebenfalls eine Häufung von Vermögens- und Eigentumsdelikten mit 41 % aller einer Verurteilung zugrunde liegenden Delikte im Jahre 2001 (Jehle, 2003). Nach den Straftaten im Straßenverkehr (28 %) folgen mit 12 % Taten gegen Personen bzw. mit 6 % Verstöße gegen das BtMG. Taten gegen die sexuelle Selbstbestimmung sind in der allgemeinen bundesweiten Statistik nur mit 1 % vertreten (a. a. O.). Tabelle 2.1 gibt einen Überblick der Delikte eingeteilt in Deliktgruppen.

Tabelle 2.1: Einteilung von Straftaten (Dimmek & Duncker, 1996)

<i>Deliktgruppe</i>	<i>Delikte</i>
Aggressive Gewaltdelikte gegen Personen	Mord Mordversuch Totschlag versuchter Totschlag Körperverletzung
Sexualdelikte	Vergewaltigung versuchte Vergewaltigung sexuelle Nötigung sexuelle Belästigung
Andere Gewaltdelikte	Raub räuberische Erpressung
Eigentumsdelikte	Diebstahl Betrug Urkundenfälschung Hehlerei Ladendiebstahl
Sonstige Delikte	Sachbeschädigung Fahren ohne Fahrerlaubnis Straßenverkehrsgefährdung Unfallflucht Tierquälerei Widerstand gegen Polizeibeamte
Suchtdelikte	Verstoß gegen BtMG Drogenkonsum Vollrausch Alkoholmissbrauch Trunkenheit im Straßenverkehr

Bevor eine Unterbringung angeordnet werden kann, muss geprüft werden, ob beim Täter zum Tatzeitpunkt eine psychische Erkrankung oder Störung vorgelegen hat; dazu

wird eine psychiatrische Begutachtung in Auftrag gegeben. Der psychiatrisch-psychologische Sachverständige trägt in Gehilfenstellung zur Entscheidungsfindung bei (§ 246 a StPO). Er äußert sich dabei u. a. zur Frage der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit (§§ 20, 21 StGB). Die Voraussetzung der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) bzw. verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) – der Täter ist unfähig, bei Ausübung der Tat das Unrecht einzusehen bzw. nach entsprechender Einsicht zu handeln – wird mit verschiedenen Diagnosen verbunden. Dabei reduzieren die juristischen Begrifflichkeiten potentielle Erkrankungen auf vier Aspekte: krankhafte seelische Störung, tiefgreifende Bewusstseinsstörung, Schwachsinn und schwere andere seelische Abartigkeit. Psychiatrisch-diagnostisch handelt es sich um körperlich begründbare und endogene Psychosen, defizitäre Intelligenzzustände, Abweichungen und Fehlhaltungen im Persönlichkeitsbereich, neurotische Entwicklungen und Störungen im Bereich des Trieblebens. Dabei ist zu beachten, dass eine Ex- bzw. Dekulpierung nicht aufgrund der Krankheitsdiagnose erfolgt, sondern aufgrund der Auswirkungen zum Tatzeitpunkt und bezüglich des Tatgeschehens; d. h. entscheidend ist die Frage, „ob die Schuldfähigkeit bei der Begehung der Tat gegeben war“ (Hoyer, Kunst & Hammelstein, 2007, S. 498). Für eine Unterbringung gemäß § 63 StGB muss eine erheblich verminderte Schuldfähigkeit bzw. Schuldunfähigkeit vorliegen (Schaumburg, 2003). Auch muss die beeinträchtigende psychische Störung von längerer Dauer sein. Das zwingende Vorliegen von §§ 20 oder 21 StGB gilt nicht für § 64 StGB-Anordnungen (Volckart, 1997). Weitere Aufgabstellungen des Sachverständigen werden in Tabelle 2.2 für den Bereich des § 64 StGB exemplarisch dargestellt (Konrad, 1995).

Zur Anordnung der Maßregel (§§ 63, 64 StGB) muss eine Symptomtat vorliegen bzw. zukünftig zu erwarten sein, d. h., das Delikt ist Symptom des Zustandes. Hier ist gefordert, den Zusammenhang zwischen Anlasstat, Psyche und drohenden neuen Symptomtaten darzulegen (Volckart, 1997). Weiter ist es notwendig, mit einer Gefährlichkeitsprognose die Wahrscheinlichkeit erheblicher künftiger Straftaten positiv festzustellen. Eine weitere prognostische Frage, die aber nur bei § 64 StGB-Anordnungen erörtert werden muss, betrifft die nach der Behandlungsaussicht (a. a. O.). Gefordert ist eine hinreichend konkrete Erfolgsaussicht (Meier & Metrikat, 2003). Hintergrund ist der Grundsatz, dass nur dann versucht werden darf, die Allgemeinheit mit einer Unterbringung zu sichern, wenn das Behandlungsziel auch erreichbar erscheint. Eine Unterbringung ist keine „Unterform der Sicherungsverwahrung“ (Volckart, 1997, S. 13) und hat keinen selbständigen Sicherungszweck.

Tabelle 2.2: Aufgabe des psychiatrisch-psychologischen Sachverständigen bei der Entscheidungsfindung in Verbindung mit juristischen Sachverhalten bei Unterbringung nach § 64 StGB (Konrad, 1995)

Kriterium	Gutachterliche Fragestellung	Unterbringungs-voraussetzung
<i>Rechtswidrige Handlung</i>	---	Objektiver Tatbestand eines Strafgesetzes ist erfüllt
<i>Hang zum Übermaß</i>	Abhängigkeitssyndrom?	Hang zum Übermaß wird festgestellt
<i>Beziehung zwischen Tat und Hang</i>	Beziehung der begangenen Taten zum angenommenen Hang?	Auslösetat muss symptomatisch für den Hang sein
<i>Delinquenz-Prognose</i>	Wahrscheinlichkeit künftiger Taten?	Gefahr erneuter Taten besteht
<i>Beziehung zwischen künftigen Taten und Hang</i>	Beziehung der künftigen Taten zum angenommenen Hang?	Symptomatizität künftiger Taten besteht wie bei Auslösetat
<i>Schweregrad künftiger Taten</i>	Art künftiger Taten?	Erheblicher Schweregrad künftiger Taten
<i>Erfolgsaussicht</i>	Behandlungsprognose?	Hinreichend konkrete Erfolgsaussichten der Behandlung
<i>Verhältnismäßigkeit (§ 62 StGB)</i>	---	Gegebene Verhältnismäßigkeit der Maßregelanordnung

In einer Querschnittsstudie zur Qualität der Gutachten werden Krankenunterlagen von 122 forensischen Patienten (gemäß § 63 StGB untergebracht) aus der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik Berlin ausgewertet (Konrad, 2003). Bei 84.4 % (n = 103) liegen die Gutachten aus der Hauptverhandlung vor. Bei über 50 % der Gutachten fehlen prognostische Aussagen. Gerade die Art, aber auch die Symptomatizität und der Wahrscheinlichkeitsgrad künftiger Taten werden nicht diskutiert, sogar wenn prognostische Erörterungen in die Fragestellung der Auftragserteilung aufgenommen werden. Weiter fehlt bei 33 % der Gutachten die Zuordnung der psychischen Störung zu einem Merkmal i. S. des § 20 StGB. Die Zuordnung ist der erste Schritt im Aufbau der Schuldfähigkeitsbestimmung. Entsprechend häufig erfolgt auch der zweite Schritt, Angaben zur Einsichts- und Steuerungsfähigkeit, nicht (30.1 bzw. 26.2 %). Weiter finden sich keine Stellungnahmen zur Dauer der psychischen Störung (11.7 %) und Symptomatizität der Anlasstat (19.4 %). Konrad kann auch Unterschiede bei den Gutachtern je nach Herkunft erkennen. Arbeitet der Gutachter in einer forensischen Abteilung, fehlen weniger Aspekte des Gutachtens.

Die Maßregeln sind miteinander in Konkurrenz, d. h., sie können auch nebeneinander angeordnet werden, wenn Sucht und ein anderer psychischer Defekt zusammen vorliegen und der Patient durch beide gefährlich ist (§ 72 Abs. 2 StGB). Das Gericht bestimmt dann die Reihenfolge der Vollstreckung je nach Erfolgsaussicht (a. a. O.).

Neben der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) und in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) kann ein Patient bereits vor dem Urteilsspruch vorläufig untergebracht werden. Der Haftrichter erlässt statt eines Haftbefehls einen Unterbringungsbefehl nach § 126 a StPO (Schaumburg, 2003). In diesem Fall wird angenommen, dass später eine Unterbringung angeordnet wird. Zudem erfordere es die öffentliche Sicherheit. Zum Zwecke der Vorbereitung eines Gutachtens über den psychischen Zustand des Beschuldigten (§ 81 StPO) werden ebenfalls Patienten in Maßregelvollzugseinrichtungen aufgenommen, wobei diese Unterbringung keine rechtliche Ähnlichkeit mit der Maßregel an sich hat (Volckart, 1997).

Die Probleme bei der Anordnung der Maßregelunterbringung sind vielfältig und zeigen häufig die Schwächen im Zusammenspiel von Justiz und Sachverständigen auf. Winkler (1995), selbst als Oberstaatsanwalt tätig, kritisiert neben Verstößen gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit spezifische Prognoseprobleme. Die Gefahr erheblicher weiterer rechtswidriger Taten wird nicht oder nur allgemein erörtert. Wenn die Aspekte zu Therapiebereitschaft bzw. -fähigkeit in den Gutachten fehlen, stellt dies die Gerichte vor große Probleme, denn „Justizbehörden [wissen] mit dem Maßregelvollzug oft nicht allzuviel anzufangen“ (a. a. O., S. 132).

2.1.2.3 Die Vollstreckung

In § 67 Abs.1 und 4 StGB wird das Prinzip des Vikariierens angewandt und beinhaltet eine weitgehende Einspurigkeit des Vollzugs von Strafe und stationärer Maßregel. Auf Anordnungsebene stehen Freiheitsstrafe und Maßregel nebeneinander, die Maßregel kann auf Vollzugsebene unter Anrechnung auf bis zu 2/3 der Strafe stellvertretend für eine gleichzeitig ausgesprochene Freiheitsstrafe stehen (Thier, 1990; Volckart, 1997). Dabei legt das Strafgesetzbuch fest, dass die Unterbringung grundsätzlich vor einer Freiheitsstrafe vollzogen wird (Schaumburg, 2003). Zugrunde liegt der Gedanke, dass ein Vorwegvollzug die Therapiemotivation zunichte mache bzw. primär die vorliegende Krankheit behandelt und geheilt werden müsse. Diese Einschätzung steht insbesondere bei Suchtexperten in Kritik, denn Sucht muss als chronische Krankheit eingestuft werden, eine akute Behandlungsbedürftigkeit besteht nur bei Entzug (Schmitz, 1995). Bei

hohen Freiheitsstrafen wäre eine Vollstreckungsumkehr sinnvoll, denn für Behandler und Patient kann eine außerordentlich schwierige Situation entstehen, wenn die Aussetzung zur Bewährung erst zu einem sehr späten Zeitpunkt realisierbar ist (Volckart, 1997). Dies führt dazu, dass sich die Klinikaufenthalte verlängern, damit das Gefahrenpotential steigen kann und Hospitalisierungseffekte nur mit großen therapeutischen Anstrengungen vermieden werden können (Schmitz, 1995). Und dennoch hat der Bundesgerichtshof die Möglichkeit, die Freiheitsstrafe oder Anteile davon vorab zu vollstrecken, stark eingeschränkt (Schaumburg, 2003). Wenn eine Entlassung nach therapeutischen Aspekten sinnvoll, aber mangels Aussetzungsreife der parallel verhängten Freiheitsstrafe zu einem geplanten Zeitpunkt unmöglich wird, müssen rechtzeitig geeignete Wege gesucht werden, da idealer Weise eine stationäre Therapie nahtlos in eine ambulante Weiterbehandlung übergehen sollte (Volckart, 1997). Volckart plädiert in den Fällen, in denen kein juristischer Ausweg besteht, den Patienten in „eine Phase des offenen Vollzuges“ (a. a. O., S. 155) übertreten zu lassen, um das stationär Erarbeitete unter quasi ambulanten Bedingungen anzuwenden.

Die Fortdauer sowie das Ende der Maßregel wird durch die Strafvollstreckungskammer bestimmt und ist im § 67 StGB geregelt. In bestimmten Zeiträumen überprüft das Gericht, ob die Therapie weitergeführt werden muss (Schaumburg, 2003).

Die Ausgestaltung und Durchführung der Unterbringung wird im Gegensatz zu Anordnung, Überprüfung, Beendigung, Bewährungsaussetzung und Widerruf durch Ländergesetze bestimmt (a. a. O.). Nicht alle Bundesländer haben Maßregelvollzugsgesetze, so z. B. Bayern; sie regeln den Maßregelvollzug analog der Unterbringungsgesetze für psychisch Kranke. Regelungen zu Besuch, Beschäftigungsmöglichkeiten, entsprechendem Arbeitsentgelt, Behandlungsmaßnahmen, persönlichem Besitz etc. werden auf Grundlage der Gesetze bzw. mit ergänzenden Hausordnungen der Träger oder Maßregelvollzugseinrichtungen getroffen.

In allen Ländergesetzen wird festgelegt, wie und wann Lockerungen gewährt werden. Lockerungen sind wichtige Entwicklungsschritte zu mehr Eigenverantwortung (a. a. O.). Die wichtigsten Vollzugslockerungen sind Einzel- und Gruppenausführungen (mit Begleitung), Außenbeschäftigung ohne Aufsicht (z. B. in beschützenden Werkstätten), Ausgang auf dem Gelände ohne Aufsicht, Freigang ohne freies Beschäftigungsverhältnis (Volckart, 1997). In den Kliniken sind zudem einige Unter- bzw. Mischformen zu finden. Im Gegensatz zum Strafvollzug werden keine Obergrenzen beim Urlaub, der mehrere Übernachtungen umfassen kann, festgelegt (a. a. O.). Lockerungen

haben nicht nur den Zweck, das Erarbeitete anzuwenden bzw. zu adaptieren. Auch für die Behandler sind sie von besonderer Qualität, denn sie ermöglichen die Überprüfung der therapeutischen Fortschritte unter realen Bedingungen. Sie werden damit zur Voraussetzung, „irgendwann eine solide Entlassungsprognose stellen zu können“ (Schaumburg, 2003, S. 99). Lockerungen dürfen nur dann genehmigt werden, wenn keine Fluchtgefahr besteht, keine neue Straftat befürchtet wird oder ein Schaden für die Therapie entstehen könnte. Sie können jederzeit widerrufen werden. Die Entscheidung über die Lockerungsgewährung liegt beim Maßregelvollzugsleiter (a. a. O.). Vorher muss das Für und Wider diskutiert und eine Lockerungsprognose erstellt werden. Dies geschieht meist in Lockerungskonferenzen mit dem gesamten Behandlungsteam. Bei Patienten mit schweren Straftaten kann auch ein externes Gutachten eingeholt werden. Die Justiz wird in der Entscheidungsfindung in den Bundesländern in unterschiedlichem Maß einbezogen. In einigen Ländern reicht es, die Staatsanwaltschaft zu informieren, in anderen muss eine Zustimmung dieser Stelle vorliegen (a. a. O.). Kommt es während einer Lockerung zu Unregelmäßigkeiten oder Fehlverhalten wie Suchtmittelrückfall oder verspätete Rückkehr, wird das Stationsteam entsprechend handeln. Dabei werden auch die Hintergründe des Fehlverhaltens diskutiert, um so eine adäquate, der betreffenden Person gerecht werdende Reaktion zu finden: Krisenintervention, Verlegung auf eine besonders gesicherte Station, Rücknahme aller bisher gewährten Lockerungen für eine bestimmte Zeit der Klärung und Aufarbeitung bis zu Neubeginn der Therapie oder auch Abbruch der Behandlung bei § 64 StGB-Patienten sind denkbar.

2.1.2.4 Die Entlassung

Gemäß § 67 d Abs. 2 StGB kann eine Entlassung nur dann erfolgen, wenn „erwartet werden kann, dass der Untergebrachte keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird“. Kommt die behandelnde Klinik zu dieser Ansicht, regt sie bei der zuständigen Stelle (Vollstreckungsbehörde) eine Entlassungsprüfung an. Die Strafvollstreckungskammer wird nach Vorlage der Akten und Stellungnahme der Staatsanwaltschaft eine Entlassung prüfen (Volckart, 1997). Das Gericht holt auch ein psychiatrisches Gutachten zur Legalprognose ein. Dieses Vorgehen basiert auf der am 14.11.1997 im Bundestag beschlossenen Neufassung des § 454 StPO. Vor der Verschärfung der gesetzlichen Bestimmungen genügte die Stellungnahme der Klinik, nur bei lebenslangen Freiheitsstrafen war ein externes Gutachten notwendig (Maier, Mache & Klein, 2000).

Im Normfall setzt die zuständige Strafvollstreckungskammer die weitere Vollstreckung der vom erkennenden Gericht veranlassten Unterbringung zur Bewährung gemäß § 67 d Abs. 2 StGB aus (Schaumburg, 2003). Der Entlassene untersteht anschließend der Führungsaufsichtsstelle und bekommt einen Bewährungshelfer, der für die Überwachung und Betreuung nach Entlassung verantwortlich ist (§ 68 a StGB), an die Seite gestellt (Volckart, 1997). Die Führungsaufsicht resultiert aus der bis 1974 geltenden Polizeiaufsicht. Sie gehört zu den Maßregeln der Besserung und Sicherung und ist eine ambulante, sozialarbeiterisch gestaltete Maßnahme mit spezialpräventivem Hintergrund (Jehle, 2003; Zander, 1995). Eine frühzeitige Einbindung der nachsorgenden Institutionen ist sinnvoll. Führungsaufsicht und Klinik müssen sich als Einheit verstehen und sich dem Patienten entsprechend präsentieren, denn der Weg ist auch nach Entlassung in beide Richtungen offen (Mainz, 1995). Wenn der Klient sich in der Bewährungszeit nicht an die ihm auferlegten Weisungen, die in § 68 b StGB festgehalten sind (z. B. regelmäßige Urinuntersuchungen auf Drogenabbauprodukte oder Melden von Wohnsitz- und Arbeitsplatzwechsel), hält, erneut straffällig wird oder auf Grund des psychopathologischen Zustandes die Begehung einer erneuten schweren Straftat befürchtet wird, kann die Aussetzung zur Bewährung widerrufen werden.

Im Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Reform der Führungsaufsicht vom 28.06.2006 (Drucksache 16/1993) ist nun eine Änderung enthalten, die eine vorübergehende stationäre Aufnahme zur Krisenintervention ohne die Notwendigkeit eines Bewährungswiderrufes ermöglichen soll. Umstritten war und ist dagegen, dass Verstöße gegen Weisungen des § 68 b Abs. 1 StGB strafbewehrt (gemäß § 145 a StGB) sind. Schöch spricht von einer „Fehlkonstruktion des Gesetzgebers“ (1995, S. 184). Der dadurch erweckte Eindruck, man wolle und könne durch Sanktionen die Annahme von Hilfe erzwingen, wird als kontraproduktiv kritisiert. Der bereits erwähnte Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Reform der Führungsaufsicht geht allerdings noch einen Schritt weiter und sieht vor, den Strafraum für Weisungsverstöße auf drei Jahre Freiheitsstrafe zu erhöhen. Der Weisungskatalog lässt einige Alternativen (§ 68 b Abs. 2 StGB) zu, die nur durch § 68 b Abs. 3 StGB begrenzt werden (keine unzumutbaren Anforderungen). Die Gerichte können nach Vorschlägen der Behandler konkrete, personenbezogene und überprüfbare Weisungen erteilen, die eine „Richtschnur für künftiges straf- und suchtfreies Leben“ (Mainz, 1995, S. 169) geben. Mainz kritisiert, dass die Kliniken ihre Vorschläge qualitativ am Therapieerfolg ausrichten. Ist der Patient therapeutisch gut erreichbar, werden spezifische Vorschläge zur Fortführung von beruflichen

Wiedereingliederungsmaßnahmen, ambulanter Therapie o. ä. gemacht. Werden die bisherigen Therapieerfahrungen eher kritisch und die therapeutischen Mittel als ausgeschöpft betrachtet, fehlen konkrete Weisungsvorschläge. Nach Erfahrung von Führungsaufsichtsstellen spricht dann das Gericht allgemein gehaltene, wenig überprüfbare Weisungen aus, die keinesfalls als Gerüst für die Bewährungszeit brauchbar sind (a. a. O.). Zudem werden an die Entlassenen oft Anforderungen gestellt, die „selbst gesunde Menschen überfordern können“ (Ritzel, 1978, S. 336). Weiter dienen die Weisungen nur solange als Interventionsmittel, wie sie inhaltlich gerechtfertigt sind. Ändern sich die Lebensbedingungen, müssen sie modifiziert oder aufgehoben werden.

Neben der Aussetzung der weiteren Vollstreckung, der Aussetzung nach Vorwegvollzug der Strafe (§ 67 c Abs. 1 StGB) und anderen Rechtsvorschriften kann die Maßregel im Bereich des § 64 StGB nach Ablauf der Höchstfrist (§ 67 d Abs. 3 StGB) oder wegen Aussichtslosigkeit (§ 67 d Abs. 5 StGB) beendet werden. Diese letztgenannte Variante folgt einer Bundesverfassungsgerichtsentscheidung, nach der die Behandlung in einer Entziehungsanstalt nur so lange dauern darf, wie eine hinreichend konkrete Aussicht auf Erfolg besteht (Volckart, 1997). Auch in diesem Fall untersteht der Klient der Führungsaufsicht, allerdings werden die positiven Einwirkungsmöglichkeiten bei dieser Gruppe als sehr gering eingeschätzt, da jegliche Entlassungsmöglichkeiten fehlen und zudem Therapie als Kriseninterventionsmöglichkeit bei eher als wahrscheinlich geltendem Suchtmittelkonsum wegen der Negativbesetzung aufgrund schlechter Erfahrungen wegfällt (Mainz, 1995).

2.1.3 Unterbringung im Maßregelvollzug

2.1.3.1 Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB)

Mit der freiheitsentziehenden Maßnahme des § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus) ist das Ziel (§ 136 StVollzG) verbunden, dass der Untergebrachte geheilt oder sein Zustand soweit gebessert ist, dass er nicht mehr gefährlich ist (Schaumburg, 2003). Die Maßregel wird ausgesprochen, wenn erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind. Die Patienten haben demnach eine ausgesprochen ungünstige Legalprognose mit teilweise gravierenden Anlassdelikten wie Körperverletzungen, Tötungs- und Sexualdelikten sowie schweren Krankheitsbildern der Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis oder Persönlichkeitsstörungen (Dessecker, 1995; Gretenkord & Müller-Isberner, 1991).

Die § 63 StGB-Maßregelpatienten unterscheiden sich von der Straftatklintel in der Zusammensetzung der Deliktarten (Leygraf, 1988). Während über 50 % der Straftatlinge wegen Eigentums- und Vermögensdelikten inhaftiert sind, überwiegen im Maßregelvollzug Patienten mit Gewaltdelikten gefolgt von Sexual- und Eigentumsdelikten.

Die Fortdauer der Therapie wird zumindest jährlich vom Gericht überprüft (Schaumburg, 2003). Die Unterbringung ist zeitlich nicht begrenzt. Hier besteht ein klarer Unterschied zum Strafvollzug, da dieser Aufenthalt durch die Strafhöhe begrenzt wird. Grundsätzlich besteht im Maßregelvollzug die Möglichkeit, dass der Patient auch lebenslang untergebracht sein wird. Für den Patienten bedeutet die Nichtvorausschbarkeit der Unterbringungsdauer eine erhebliche Belastung (Leygraf, 1988): „Die fehlende zeitliche Befristung erfordert ... ein hohes Maß an Verantwortung auf psychiatrischer und juristischer Seite“ (Thier, 1990, S. 96).

Forensische Patienten weisen soziobiographische Besonderheiten auf, die eine Rehabilitation problematisch machen. Viele haben vor einer Einweisung kaum selbständig gelebt bzw. derartige Versuche scheiterten häufig (Leygraf, 1999). Die Möglichkeiten, die Patienten nach Entlassung geeignet weiterzubehandeln, sind aufgrund des schlechten öffentlichen Meinungsbildes sehr begrenzt. Auch bei der Nachsorge zeigen sich „unsichtbare Mauern des Schweigens“ (Rosemann, 2003, S. 11). Im Gegensatz zur Entwicklung der Gemeindepsychiatrie nach der Psychiatriereform mit dezentralen, wohnortnahen und vernetzten Behandlungsmöglichkeiten sind Maßregelvollzugspatienten in zentralen forensischen Kliniken untergebracht, haben keine Bezüge nach Hause.

Die fehlende Bereitschaft, forensische Patienten komplementär zu versorgen, macht spezielle Nachsorgeeinrichtungen nötig (Rosemann, 2003). Diesen kommt eine besondere Bedeutung zu, denn „der Versuch der Heilung von psychisch kranken Rechtsbrechern [ist] vielleicht eine übertriebene Hoffnung ..., dass es aber sehr wohl gelingt, die therapeutische Kontrolle bei psychisch kranken Rechtsbrechern auszubauen und damit Rückfälle zu verhindern“ (Nedopil, 2000, S. 6), ist eine realistische Ansicht. Eine forensische Fachambulanz hat die Aufgabe, deliktfördernde personelle, situative und soziale Veränderungen durch ständig wiederkehrende Risikoeinschätzungen zu identifizieren und zu bearbeiten (Dönisch-Seidel & Hollweg, 2003). Auch hier sieht die Führungsaufsichtsreform eine Verbesserung der Situation vor, indem sie forensische Ambulanzen fördern und in die Führungsaufsicht integrieren will.

2.1.3.2 Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)

Juristisch besteht das Unterbringungsziel darin, dass der Untergebrachte „von seinem Hang geheilt und die zu Grunde liegende Fehlhaltung behoben werden soll“ (Schaumburg, 2003, S. 10). Intendiert ist die Behandlung der Sucht im Sinne einer präventiven Maßnahme zur Verhinderung neuer Straftaten (Schalast et al., 2005). Es ist allerdings aus psychiatrisch-psychologischer Sicht „ein Irrglaube ..., man könne Abhängigkeitserkrankungen ‚heilen‘, so dass danach keinerlei Rückfallgefahren mehr bestünden“ (Berttram, 1995, S. 59). Der stationäre Maßregelvollzug dient „nur der Stabilisierung der Motivation, der psychotherapeutischen Aufdeckung der Hintergründe und Ursachen der Abhängigkeit und der Behandlung der nicht selten mit der Abhängigkeitserkrankung einhergehenden Persönlichkeitsstörung“ (Volckart, 1997, S. 13). Die Erprobung, Festigung und eigentliche Umsetzung des abstinenter Lebensstils erfolgt erst unter freien Bedingungen, zunächst bei stundenweisen Lockerungen, später längeren Beurlaubungen und schließlich in der Bewährungszeit nach Entlassung.

Bei Maßregelvollzugspatienten muss im Vergleich mit Suchtkranken der Fachkrankenhäuser oder nichtsüchtigen, gesunden Delinquenten von einer negativen Selektion ausgegangen werden. Neben der Sucht als klassischem Risikofaktor für Rückfälligkeit sind Vorstrafen, Minderbegabung, defizitäre Introspektionsfähigkeit, fehlende Abstinenzmotivation etc. schwierige Voraussetzungen für eine Entwöhnungstherapie (Koch, 1988; Schalast et al., 2005). So ist es nicht verwunderlich, dass die Patienten bisher Therapieangebote häufig abgelehnt und somit keinerlei therapeutische Erfahrung haben (Koch, 1988). Unter diesen Bedingungen kann ein Erfolg der forensischen Entwöhnungstherapie realistisch in einer Akzeptanz der langandauernden süchtigen Gefährdung und der Unfähigkeit zum Umgang mit Suchtmitteln liegen (Schalast et al., 2005).

Die Fortdauer der Therapie wird auch bei Suchtkranken vom Gericht überprüft, allerdings in halbjährlichen Abständen. Im Gegensatz zu § 63 StGB ist eine Höchstfrist der Unterbringung von zwei Jahren festgelegt. Sie kann sich aber verlängern, wenn neben der Maßregel eine Freiheitsstrafe verhängt, die Maßregel vorher vollzogen und anteilig auf die Freiheitsstrafe angerechnet wird (Schaumburg, 2003).

Lange stand die Unterbringung gemäß § 64 StGB im Schatten des § 63 StGB (Koch, 1988). Seit Anfang der 80er Jahre ist aber eine deutliche Aufwärtsentwicklung zu verzeichnen (Dessecker, 1995). Aufgrund der vielfältigen psychischen Störungen und sozi-

alen Problemen kommt es zu einer zunehmenden Spezialisierung der forensischen Entwöhnungstherapie (Bühringer, 1995).

Trotzdem stellt sich im § 64 StGB-Bereich häufig die Frage nach Fehleinweisung (Seifert & Leygraf, 1999). Etwa 50 % der Untergebrachten beenden die Therapie nicht regulär, sondern werden aufgrund einer pessimistischen Erfolgseinschätzung zur Verbüßung der Freiheitsstrafe in die Haft zurückgeschickt, da die Therapie gescheitert ist (§ 67 d Abs. 5 StGB). Um Fehleinweisungen zu verhindern, kommt den Sachverständigengutachten im Erkenntnisverfahren eine besondere Aufgabe zu, denen diese aber nicht immer gerecht werden. Besonders problematisch ist es, wenn überhaupt kein Gutachten erstellt wird. In einer bundesweiten Stichtagserhebung aus dem Jahr 1994 wurde dies bei 15 % der untersuchten 727 Maßregelvollzugpatienten festgestellt (von der Haar, 1995).

Für die Erstellung des Gutachtens sind spezifische Gutachterkenntnisse aus den Psychowissenschaften, der Suchtbehandlung, aber auch der Maßregelvollzugspraxis gefragt (a. a. O.). In einer Studie mit 22 Gutachten aus den Jahren 1980-92 werden die Schwächen der Sachverständigengutachten deutlich (Konrad, 1995). Sie sind lückenhaft und die Datenerhebung ist inkomplett. Prognostische Beurteilungen der künftigen Taten fehlen, die Frage der Erheblichkeit wird nicht erörtert. Im Zuge der Diskussion um Fehleinweisungen ist von besonderer Bedeutung, dass in über 50 % der Gutachten die Behandlungsaussicht nicht dargelegt wird. Dabei hat das Bundesverfassungsgericht am 16.03.1994 gerade diese Unterbringungs Voraussetzung verschärft (Schalast et al., 2005). Es muss nun eine positive Behandlungsprognose vorliegen, d. h., es ist eine hinreichend konkrete Erfolgsaussicht gefordert (Meier & Metrikat, 2003). Weiter muss der Vollzug abgebrochen werden, wenn der Zweck der Unterbringung aus Gründen, die in der Person des Untergebrachten liegen, nicht (mehr) erreicht werden kann. Der Abbruch ist nun nicht mehr an eine Jahresfrist gebunden (Meier & Metrikat, 2003). Dies ist gedacht als Entlastung der Kliniken im Sinne einer Verstärkung eines positiven therapeutischen Klimas durch Abbau der Subkultur Therapieunwilliger.

In einer niedersächsischen Studie mit § 64 StGB-Patienten, in der 201 Fälle nach altem und neuem Recht Verurteilter miteinander verglichen werden, zeigt sich, dass die tatsächlichen Auswirkungen in der Praxis aber eher gering ausfallen (Meier & Metrikat, 2003). Es kommt zwar zu prozessualen Verbesserungen bezüglich der Gutachterpraxis und Urteilsdifferenzierung, das Klientel hat sich allerdings nicht wesentlich verändert. Die strafrechtliche Vorbelastung ist etwas geringer, aber eine qualitativ veränderte

Auswahl gelingt nicht: „für die Bejahung der Erfolgsprognose genügt nach wie vor die hinreichend konkrete Aussicht, beim Probanden die Therapiemotivation zumindest in der Unterbringung erst zu wecken; die zum Urteilszeitpunkt bekundete Therapieunwilligkeit steht für sich betrachtet einer Anordnung der Maßregel nicht entgegen“ (Meier & Metrikat, 2003, S. 119). Dies wird deutlich, wenn man die Abbruchsquote betrachtet, die sich sogar von 48.6 (altes Recht) auf 51.1 % (neues Recht) erhöht hat. Bei vielen Patienten stellt sich somit erst in der Therapie heraus, dass diese hinsichtlich ihrer Behandlungsfähigkeit aussichtslos sind. Die Verweildauer bei Therapieabbruch verkürzt sich nach der Rechtsreform um sieben Monate auf durchschnittlich 12 Monate. Der gewünschte positive Effekt einer früheren Verlegung auf das Therapieklima scheint sich tendenziell bezüglich Senkung der Suchtmittelrückfall- und Entweichungsrate ablesen zu lassen, allerdings hat eine baldige Verlegung keinen nachhaltigen positiven Einfluss auf den Verlauf. Die Legalbewährungsquote (gemessen an neuen Verurteilungen im Bundeszentralregister) innerhalb zwei Jahre nach Entlassung steigt nur geringfügig von 46.9 auf 58.1 % bei Patienten, die nach 1994 verurteilt worden sind. In Einzelfällen kann sich die Verlegungszeit von aussichtslosen Patienten in den Regelvollzug erheblich verzögern (bis über zwei Jahre), insbesondere, wenn alle Rechtsmittel zur Verhinderung des Therapieabbruches vom Patienten ausgeschöpft werden.

In einer kasuistischen Untersuchung wird festgestellt, dass dies „fast zwangsläufig zu einer Eskalation von Aggression und Suppression bzw. Disziplinierung“ (Maier, Mache & Klein, 2000, S. 78) führt und der Kostenfaktor angesichts der dabei entstehenden reinen Sicherungsaufgabe zumindest diskutabel ist.

Schalast, Dessecker und von der Haar (2005) sehen das Grundproblem nach wie vor in der Anordnungspraxis, da viele negative Faktoren wie mangelnde Deutschkenntnisse, fehlende Behandlungsmotivation etc. trotz der restriktiveren Fassung nicht grundsätzlich gegen eine Unterbringung sprechen. Auch sie machen deutlich, dass – obwohl sich das Klientel nach der Neufassung nicht wesentlich geändert hat – der Anstieg der Therapieabbrüche (auf 60 %) erheblich ist. Dies kann sich negativ auf die Therapiemotivation der Verbleibenden auswirken, wenn der Therapiemisserfolg zum Regelfall wird. Weiter führen die Autoren an, dass die Erfahrung des Scheiterns an sich aufgrund der Bestärkung in der antisozialen Haltung das Delinquenzrisiko verschärft. Eine Erklärung für diesen Abbruchsanstieg kann nicht nur in Ungenauigkeiten im Erkenntnisverfahren, sondern auch in der Verschärfung der Entlassvoraussetzungen, die aus dem Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen Straftaten (1998) resultieren, liegen. Die

Kliniken werden mit einem zunehmenden Belegungsdruck konfrontiert (a. a. O.). In Folge dessen wird bei mehr Patienten die Therapie abgebrochen; Patienten mit zahlreichen Risikofaktoren, die „für Straftäter mit Suchtproblemen eigentlich typisch sind“ (a. a. O., S. 4), scheitern regelhaft. Es kann zu einer Risikoverschiebung kommen, da höchst problematische Straftäter nun ihre meist kurzen Restfreiheitsstrafen im Strafvollzug ohne weitere Intervention absitzen. Schalast, Dessecker und von der Haar (2005) befürchten einen lähmenden Effekt für die Therapie und eine Überforderung der forensischen Einrichtungen. In ihren Augen wäre eine Rückkehr zur Erprobungsklausel wegen der besonderen rückfallgefährdeten Klientel sinnvoll.

2.1.3.3 Vorläufige Unterbringung (§ 126 a StPO)

Neben den Unterbringungsformen, die im Strafgesetzbuch verankert sind, gibt es die Möglichkeit der vorläufigen Unterbringung: § 126 a StPO. Eine spätere strafrechtliche Unterbringung wird in diesem Fall angenommen bzw. ist zu erwarten. In einer Studie am BKH Kaufbeuren mit 72 Probanden zeigt sich aber genau hier das Problem (Laugwitz, 2005). Die Treffsicherheit der Prognose bezüglich einer anzuordnenden dauerhaften Unterbringung im Maßregelvollzug liegt nur bei 43 %. Bei der Mehrheit der untersuchten Fälle hätte keine einstweilige Unterbringung gemäß § 126 a StPO angeordnet werden dürfen. Besonders unsicher ist die Prognose bei Psychosekranken (Treffsicherheit bei 38.5 %) und Persönlichkeitsstörungen (Treffsicherheit bei 31 %). Vorurteile, Angst oder die bei Letzteren besonders schwierige Aufgabe der Schuldfähigkeitsbeurteilung können dieses Phänomen erklären. Bei Abhängigkeitserkrankungen liegt die Treffsicherheit immerhin bei 50 %. Besonders gut zeigt sich die Treffgenauigkeit bei Frauen (60 %). Der Autor vermutet, dass Frauen „nur wirklich dann einstweilig untergebracht werden, wenn ihre Gefährlichkeit derart offensichtlich ist, dass die Anordnung einer Maßregel nicht zu umgehen ist“ (a. a. O., S. 70). Die durchschnittliche Dauer der vorläufigen Unterbringung liegt bei sechs Monaten. Insgesamt sieht Laugwitz eine Zunahme der Anwendung des § 126 a StPO.

2.1.4 Therapie im Maßregelvollzug

2.1.4.1 Innere und äußere Kernaspekte

Die Behandlung straffälliger Personen unterliegt besonderen Problemen, die miteinander verflochten sind (Dahle, 2003 a). Strukturelle (external formulierter Behandlungs-

auftrag, Therapiefeindlichkeit der Institutionen, ungenügende spezifische Personalaus-
bildung etc.), methodische (Fehlen spezifischer Therapiemodelle) und zielgruppenspezi-
fische (Komplexität der multiplen Symptombildungen, Tiefe und Schwere der Grund-
störung, Haftsozialisation, Therapiemotivation etc.) Problembereiche können differen-
ziert werden. Aber auch die öffentliche Meinung, überwiegend negativ-kritisch, spielt
eine Rolle, Stigmatisierungsvorgänge führen zu einer „Dehumanisierung“ (Schott,
2003, S. 3). Intern kann der „Prozess der Mystifizierung des Bösen“ (a. a. O., S. 3) die
Mitarbeiter derart beeinflussen, dass die positiven Einwirkungsmöglichkeiten stark ein-
geschränkt werden.

Die Arbeit im Maßregelvollzug unterscheidet sich deutlich von der in einem allge-
mein psychiatrischen Krankenhaus. Leygraf spricht davon, dass „Patient und Maßre-
geleinrichtung ... eine *Zwangsgemeinschaft*“ (2006, S. 198) bilden, da der Patient häufig
nicht zur Therapie bereit ist und die Klinik auch bei Zweifel an der Behandlungsfähig-
keit zur Aufnahme verpflichtet ist. Der Zwangscharakter und die häufig gering ausge-
prägte Behandlungsbereitschaft kennzeichnen die forensische Therapie auf den ersten
Blick in besonderem Maße, sind aber eigentlich in vielen psychosozialen Behandlungs-
settings zu finden. Leygraf spricht von einer ideologischen und nicht empirisch abgesi-
cherten Forderung von Freiwilligkeit und Eigenmotivation als unabdingbare Erfolgs-
voraussetzungen (2006). Dahle (2003 b) untersucht eine Straffälligenstichprobe (N =
390) auf Therapiemotivation. Er differenziert vier Gruppen, die sich in verschiedenen
Merkmalen aus Biographie, Einstellungen und Copingstrategien unterscheiden. Eine
eindimensionale Aufteilung in therapieunmotiviert und -motiviert kann die Vielschich-
tigkeit nicht fassen, die aber gerade bei strafrechtlicher Klientel vorliegt. Therapiemoti-
vation ist als mehrdimensionales Konstrukt anzusehen, das förderungsfähig und förde-
rungswürdig ist.

Neben der Arbeit an und mit den motivationalen Aspekten fordert der Umgang mit
ungünstigen sozialen Lebensumständen, Haftsozialisation, Persönlichkeitsstörungen,
defizitärer Änderungsbereitschaft, aggressivem Auftreten etc., aber eben auch die Kon-
frontation mit schweren Straftaten viel von forensisch Tätigen (Bischoff-Mews, 1998;
Koch, 1988). Für die Behandlung sind besondere fachliche Kompetenzen gefragt, ins-
besondere zu den „Wechselwirkungen zwischen psychischen Störungen und Delin-
quenzrisiko und zur ständigen Paralleleinschätzung von psychischer Verfassung und
aktueller Gefährlichkeit“ (Leygraf, 2006, S. 197). In der Therapie der häufig haftsoziali-
sierten und persönlichkeitsgestörten Maßregelpatienten ist die Gefahr des sog. Spaltens

der Behandlungsteams, des Austestens der Grenzen, besonders groß (Schaumburg, 2003).

Auch mit Zwischenfällen während der Unterbringung muss umgegangen werden. Dabei handelt es sich häufig um ein „Tabuthema“ (Freese et al., 1995, S. 542). Empirisch gesicherte Informationen dazu sind entsprechend spärlich. Die wenigen Untersuchungen zu diesem Thema zeigen, dass es insgesamt kaum zu Zwischenfällen auf dem Klinikgelände kommt und Entweichungen mit oder ohne gravierenden Delikten ebenfalls seltene Ereignisse sind (a. a. O.). Allerdings muss ein tendenzieller Wandel von gewaltfreien zu gewalttätigen Eigentumsdelikten während der Unterbringung zugegeben werden. Verübende Patienten leiden meist unter einer Persönlichkeitsstörung, während Sexualdelikte oder Körperverletzungen klinikintern häufiger von geistig Behinderten als anderen Patientengruppen verübt werden (a. a. O.).

Eine Mitarbeiterbefragung in einer forensischen Klinik macht deutlich, wie schwierig die Patienten und die Therapie mit ihnen auch von Mitarbeitern erlebt werden (Bischoff-Mews, 1998). Die Patienten seien haltlos und labil, Dissozialität überwiege, das Selbstbewusstsein sowie die Krankheitseinsicht seien gering entwickelt, die Patienten bagatellisieren ihre Straftaten. Provokationen und aggressives Verhalten erschweren den Therapiealltag, aufgrund der hohen Rückfallraten (Suchtmittel bzw. Straftaten) wird die Effizienz gerade vom Pflegepersonal gering bewertet. Positiv wird dagegen die Teamarbeit und Kollegialität erlebt. Als wichtige Therapiebausteine werden Psychotherapie, Tagesstrukturierung durch Ergotherapie, Arbeitsintegration und eine frühzeitige Organisation der Nachbetreuung eingestuft.

Ein weiteres Phänomen, das den Maßregelvollzug seit seiner Einführung begleitet, ist die sog. Fehleinweisung. Konrad (2003) kritisiert, dass gerade von Klinikseite Patienten wegen mangelnder Therapiebereitschaft oder unzureichender Therapiekonzepte als therapieunfähig gelten. Er macht den Vorwurf, dass „mit dem Etikett der Fehleinweisung unlösbar erscheinende Konflikte in der Beziehung zwischen Untergebrachten und Therapieeinrichtung auf die einweisende Instanz projiziert“ (a. a. O., S. 213) würden. Eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Therapiekonzept bzw. mit der Störung des Patienten wird somit abgewehrt, es bestehen keine Handlungsnotwendigkeiten (Dahle, 2003 b).

Die Gefahr eines Burn-out-Syndroms besteht bei forensischen Mitarbeitern in besonderem Maße (Schaumburg, 2003). Zur Vorbeugung spielen Teambesprechungen mit psychohygienischer Funktion, Fortbildungen und vor allem die Überprüfung des eige-

nen Anspruches bzw. Verdeutlichung des Realisierbaren eine große Rolle (a. a. O.). Einen hohen Stellenwert im Maßregelvollzug hat die Teamarbeit. Das Behandlungsteam, bestehend aus Pflegepersonal, Sozialpädagogen, Psychologen, Ärzten und u. U. auch Ergo- und Sporttherapeuten, hat Vorbild- und Modellfunktion, muss konsequent auftreten und sich in den Sachfragen einig sein, um einen geeigneten strukturellen und verlässlichen Rahmen zu schaffen (Leygraf, 2006).

Die Stationsordnung strukturiert und regelt den Tagesablauf und das Zusammenleben, das aufgrund baulicher Mängel häufig auf engem Raum stattfindet (Leygraf, 1988). Eher kontraproduktiv kann eine Stationsordnung dann werden, wenn sie zu wenig individuellen Gestaltungsspielraum lässt und damit keine Vorbereitung zu einer eigenständigen Lebensführung zulässt.

Grundsätzlich basiert die Behandlung selbst auf den gleichen Säulen wie in der Psychiatrie: Pharmakotherapie, Psychotherapie und Soziotherapie (Schaumburg, 2003). Die Konzepte müssen aber entsprechend adaptiert werden, da das Maßregelvollzugsklientel in vielen Aspekten eher den frühkriminellen Rückfalltätern aus dem Strafvollzug ähnelt: „Dissoziales Verhalten und seelische Erkrankung [stellen] anscheinend häufiger parallele Entwicklungen dar, die möglicherweise auf gemeinsame Entstehungsbedingungen zurückzuführen sind“ (Leygraf, 1988, S. 104). Psychosoziale Entwicklungen müssen daher eventuell stärker beachtet werden, als dies in der Allgemeinpsychiatrie üblich ist.

Auch das „Spannungsverhältnis von Behandlung und Sicherung“ (Leygraf, 2006, S. 207) macht die Maßregelvollzugstherapie nicht leichter. Da das Ziel einer Behandlung u. a. in der Förderung von positivem Selbstwertgefühl und in der Stärkung eines realistischen Selbstbildes mit den Kennzeichen Selbstverantwortung bzw. -wirksamkeit liegt, diesem aber das hohe Maß an Fremdbestimmung im Maßregelvollzug entgegensteht, ist es von besonderer Bedeutung, Selbst- und Fremdkontrollanteile abzuwägen und ein förderndes Milieu zu schaffen. Dies gilt in besonderem Maße für die Therapie forensisch untergebrachter Frauen, da hier die Gefahr der Überanpassung groß ist (Nowara, 2003). Das Therapieprogramm unterscheidet sich inhaltlich von dem der Männer, da frauenspezifische Sozialisationsmuster berücksichtigt und einbezogen werden müssen.

In den meisten Kliniken ist das Therapiekonzept in einem Stufenprogramm formuliert. Nach einer Phase des Ankommens, der Klärung der Motivation und der Stabilisierung werden therapeutische Behandlungsziele definiert und sukzessive zu erreichen gesucht. Bei positivem Verlauf kann der Patient im Stufenprogramm fortschreiten und zunehmend Lockerungen erhalten, bis ein maximaler Grad an Eigenverantwortung

(mehrtägige Beurlaubungen, externe Wohnung und / oder Arbeitsstelle etc.) erreicht ist. Das Stufensystem beinhaltet auch Reaktionen auf Fehlverhalten (Rücknahme von Lockerungen, Rückstufungen etc.). Leygraf (1988) kritisiert die Gefahr, dass Stufenkonzepte zu strikt gehalten werden. Der fortwährende Versuch der Patienten, das Stufenprogramm erfolgreich bis zur Entlassung zu absolvieren, erinnere ihn in Analogie an die griechische Mythologie an die „Arbeit des Sisyphos“ (a. a. O., S. 157).

Die sich langsam quantitativ steigernden Beurlaubungen ermöglichen das Einüben einer veränderten Lebensweise. Sie sind in den Gesamtrehabilitationsplan integriert und dienen verschiedenen Zielen: u. a. Motivation des Patienten (positiver Verstärker), Stärkung sozialer Kontakte, Belastungserprobung, Entlassungsvorbereitung (Leygraf, 2006). Voraussetzung ist gerade bei mehrtägigen Lockerungen u. a. das Vorliegen eines stabilen sozialen Empfangsraums und einer geeigneten Unterkunft, was die Patienten und ihre Behandler häufig vor große Probleme stellt (Mainz, 1995). Nach von der Haar (1995) werden die Lockerungen bestimmt durch die Möglichkeiten der Anstalten, deren Erfahrungen mit Maßregelvollzugspatienten und nicht zuletzt durch die öffentliche Meinung im Bereich der Klinik. Da Beurlaubungen in Abstimmung mit den Staatsanwaltschaften erfolgen, stellt er kritisch die Frage: „Inwieweit können bzw. dürfen juristische Vorstellungen, häufig entwickelt aus dem Strafvollzug, in therapeutische Überlegungen, ..., eingreifen ...?“ (a. a. O., S. 153). Die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Justiz und Klinik, die „eine gute und auf den Patienten bezogene individuelle Abstimmung“ (a. a. O., S. 156) zulässt, ist gerade in diesem Bereich entscheidend. Aus einer bundesweiten Stichtagserhebung wird deutlich, dass es bei der Gewährung von Vollzugslockerungen große regionale Unterschiede gibt (Leygraf, 1988).

Die forensische Therapie wird nach Schott (2003) zum einen von der Bedeutung der Beziehungsarbeit bzw. therapeutischen Bindung, zum anderen von der Gestaltung der realen, organisatorischen und therapeutischen Räume geprägt. Bindungsunfähigkeit und defizitäres Einfühlungsvermögen sind häufig und nicht nur bei Sexualstraftätern anzutreffen. Deliktbearbeitung wird aber nur dann möglich, wenn sich der Patient sicher für Emotionalität fühlt. Die Bindungsforschung, die die Bedeutung der sicheren Basis für Wahrnehmen und Bestätigen emotionaler Äußerungen betont, bildet die Grundlage für diese therapeutische Haltung. Nach Schott geht Persönlichkeitsentwicklung und positive Strukturveränderung über emotionale Erfahrung und weniger über kognitive Prozesse. Dafür muss der geeignete Raum geschaffen werden, der ausreichend Zeit und ein Beziehungsangebot des Therapeuten bereit hält. Aber auch die Möglichkeit zur Selbstge-

gestaltung der Lebensumwelt zur Förderung der Verantwortungsübernahme, ein erweitertes Erfahrungsspektrum mit extramuralen Aktivitäten sowie die Ermöglichung und Förderung realer Beziehungen außerhalb der Klinik sind von Bedeutung, um u. a. Beziehungskrisen und -störungen frühzeitig bearbeitbar zu machen.

Die baulichen Voraussetzungen sind häufig wenig geeignet, ein therapeutisches Milieu aufkommen zu lassen (Leygraf, 1988). Mehrbettzimmer, renovierungsbedürftige Räumlichkeiten und die überall anzutreffenden Sicherungsmaßnahmen (Spione an den Türen, Gitterfenster etc.) sind nach wie vor in vielen Kliniken vorzufinden. Besonders belastend wird die mangelnde Rückzugsmöglichkeit empfunden. Mit Neubauten wird trotz hoher Sicherungsanforderungen versucht, die Stationen wohnlicher und u. U. in Richtung Wohngruppen zu gestalten.

Eine besondere therapeutische Herausforderung liegt in der Behandlung Dissozialer. Unter Dissozialität versteht Rauchfleisch (1991) Delinquenz im eigentlichen Sinne und Verhaltensweisen, die eine mangelnde soziale Integration erkennen lassen. Die Behandlungsmotivation dissozial Akzentuierter ist meist passiv, ablehnend, external, also vom Gericht verordnet. Sie inszenieren innere Konflikte in der Außenwelt, fallen durch impulsives Verhalten und Provokationen auf. Die Erfolgsaussichten werden gemeinhin sehr negativ eingestuft (Rauchfleisch, 1999). Um hier therapeutisch arbeiten zu können, müssen die Hintergründe betrachtet werden. Dissoziale erleben ein Behandlungsangebot eher als narzisstische Kränkung, denn als Hilfe; sie können Insuffizienz- und Ohnmachtgefühle weder zulassen noch eingestehen. Sie haben Angst vor der Konfrontation mit früheren traumatisch erlebten Beziehungserfahrungen und stehen intensiven Beziehungen ambivalent gegenüber. Daraus leitet sich ab, dass ein Arbeitsbündnis nicht Voraussetzung der Therapie sein kann, sondern „ein erstes – wichtiges – Teilziel der Therapie“ (a. a. O., S. 111). Der Autor warnt in diesem Zusammenhang auch vor dem Gegenübertragungsproblem: Der Therapeut ist angesichts der deutlich ablehnenden Haltung narzisstisch gekränkt und verweigert die Behandlung. Dabei spielen auch die Konfliktinszenierungen des Patienten eine große Rolle. Dahinter stehen nach Rauchfleisch Erhaltungsmechanismen und Überlebensstrategien. Er empfiehlt Flexibilität zwischen Verwöhnen und Härte: Grenzsetzung, aber auch Förderung der Selbstverantwortung. Die Psychotherapie soll ein bifokales Behandlungskonzept beinhalten, also das Arbeiten an und mit der sozialen Realität. Zur Frage der Erfolgsaussicht empfiehlt der Autor, andere Maßstäbe anzusetzen. Nicht Heilung könne das Ziel sein, sondern das Festhalten an psychotherapeutischer Arbeit trotz Erkennens der Grenzen. Er weist zudem auf die

spezielle Situation des Maßregelvollzugs hin. Gerade hier sei das Machtgefälle besonders groß, es bestehe eine „verschärfte Asymmetrie“ (a. a. O., S. 155). Transparenz sei ein wichtiges Mittel, um dem damit verbundenen Ohnmachtgefühl zu begegnen (Meyer, 1995).

2.1.4.2 § 63 StGB: Patientenmerkmale

Im Maßregelvollzug sind ca. 70 % aller Untergebrachter gemäß § 63 StGB in Behandlung. Bei Frauen steigt die Quote auf 74 % (Statistisches Bundesamt, 2005). In Bayern ist der Anteil psychiatrischer Fälle am Maßregelvollzugsklientel deutlich geringer: 57 % (n = 966) sind § 63 StGB-Patienten (bei Frauen: 54 %). Die größte Altersgruppe der § 63 StGB-Untergebrachten ist 30 bis 40 Jahre alt, 79 % sind ledig. In Alter und v. a. Familienstand unterscheiden sich die Maßregelpatienten von psychisch Kranken bzw. Straftatgefangenen (Leygraf, 1988).

Dagegen entspricht der niedrige Frauenanteil dem in der Strafgefangenenklientel und nicht der eher überwiegenden Frauenquote der Allgemeinpsychiatrie: In der bundesweiten epidemiologischen Studie von Leygraf (1988), der die Maßregelvollzugseinrichtungen aller Bundesländer – Baden-Württemberg und Bayern mit Ausnahmen – komplett in eine Stichtagserhebung (1984 bis 1986; Auswertung der Krankengeschichten von 1 973 Patienten, d. h. 83.5 % aller 1984 gemäß § 63 StGB in der Bundesrepublik Untergebrachten) einschließen kann, liegt der Anteil Frauen bei 3 %. Die frühe umfassende Studie von Ritzel berechnet einen Frauenanteil von 5.2 % der Gesamtklientel von 501 niedersächsischen Patienten (1978). Er kann zudem einige Geschlechtsspezifika nachweisen. Forensische Patientinnen sind häufig ledig, fast 1/3 sind bei Unterbringungsbeginn zwischen 30 bis 40 Jahre und damit älter als männliche Untergebrachte, die zu 47.4 % vor dem 30. Lebensjahr untergebracht werden. Erstaunlich ist die deutlich erhöhte Unterbringungsdauer (53.9 % Frauen vs. 22.6 % Männer mit ≥ 10 Jahre Therapie). Nowara stellt weitere Unterschiede in ihrer spezifischen Datenauswertung der bundesweiten Erhebung von Leygraf aus den 80er Jahren fest (2003). Bei Frauen (N = 59) ist der Anteil psychotischer Erkrankungen höher als bei Männern (59.4 vs. 45 %). Letztere leiden eher unter Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; im Zusammenhang damit steht auch der Befund, dass keine Frau wegen eines Sexualdeliktes untergebracht ist, da diese häufig Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung sind. Frauen im Maßregelvollzug dagegen werden zu 47.5 % wegen Tötungsdelikten, meist als Beziehungstat (71.4 %) verurteilt.

Als Wiederholungs- bzw. Widerrufsfälle sind 7 bzw. 4 % aller Untergebrachten im Maßregelvollzug (Statistisches Bundesamt, 2005). Leygraf (1988) ermittelt in seiner Studie eine deutlich höhere Quote: Bei 17,2 % ist der aktuellen Unterbringung eine oder mehrere vorangegangen. Die neue Einweisung ist wegen Widerruf der bedingten Entlassung, aber auch wegen einer erneuten richterlichen Anordnung der Maßregel erfolgt. Im Mittel werden diese Patienten 2,4 Jahre nach der ersten bedingten Entlassung wieder vorstellig.

Bei den Patienten mit § 63 StGB handelt es sich diagnostisch primär um endogene Psychosen, Minderbegabung und Persönlichkeitsstörungen (Leygraf, 1988; Thier, 1990). In der Untersuchung von Leygraf (1988) wird bei der Hälfte der Patienten eine Persönlichkeitsstörung oder intellektuelle Minderbegabung, meist in Kombination, diagnostiziert. Unter schizophrenen Psychosen leiden 37,9 % der 1 973 untersuchten Patienten, wobei der Autor starke regionale Unterschiede findet. Häufig werden Zusatzdiagnosen gestellt, meist aus dem Suchtbereich (Seifert, Jahn & Bolten, 2001). Leygraf (1988) erhält bei seiner Stichprobe einen Anteil von Patienten mit Suchtabhängigkeit bzw. Suchtmissbrauch von 35,1 %. Der Alkoholeinfluss beim Anlassdelikt ist in dieser Subgruppe sehr hoch. Allerdings hat die zusätzliche Suchtproblematik keinen Einfluss auf die Unterbringungsdauer, doppelt Belastete weisen im Gegenteil eine signifikant kürzere Therapiezeit auf ($M = 4,7$ Jahre bei Patienten mit Suchtproblem vs. $M = 7,2$ Jahre bei Patienten ohne Sucht).

Der fatale Zusammenhang zwischen Komorbidität und Aggression zeigt sich gerade bei Psychosekranken mit Substanzmissbrauch, die beinahe doppelt so häufig gewalttätig sind als die ohne Suchtproblematik (Nedopil, 2000). Auch die Rückfallwahrscheinlichkeit ist bei dieser Patientengruppe erhöht.

Viele Patienten sind psychiatrisch vorbehandelt; in der bundesweiten Erhebung von Leygraf (1988) sind die Untergebrachten im Mittel mit 22,9 Jahren erstmals in Behandlung. 70 % waren dabei auf gesetzlicher Grundlage in Therapie. Einige Patienten haben vor der ersten Maßregelvollzugsunterbringung eine lange Karriere in psychiatrischen Institutionen bzw. Fürsorgeeinrichtungen vorzuweisen. Im niedersächsischen Kollektiv von Ritzel (1978) waren über 50 % stationär voruntergebracht, rund 1/5 auf behördliche Anordnung. Ca. 1/3 war dabei noch im Kindes- oder Jugendalter.

Die soziale Randständigkeit der Patienten, die auch mit diesen schwierigen Entwicklungsbedingungen zu erklären ist, zeigt eher eine Nähe zu nicht erkrankten Straftatgefangenen als zu psychisch nicht delinquenten Kranken (Leygraf, 1988). Freese et al.

(1995) beschreiben schwere biographische Schädigungen, Auffälligkeiten in der Primärfamilie (Suchtmittelabusus, Gewalt etc.), häufige Schulformwechsel, instabile Sozialkontakte als einige der biographischen Besonderheiten der § 63 StGB-Klientel. In der Studie von Leygraf aus den 80er Jahren haben 75.6 % keinen Beruf erlernt, 57.7 % schaffen nicht einmal den Hauptschulabschluss (1988). Wenige Patienten verfügen bei Aufnahme über einen Arbeitsplatz (Seifert et al., 2001).

Die Patienten werden meist früh strafrechtlich auffällig, z. T. auch einschlägig (Jöckel & Müller-Isberner, 1997). Leygraf (1988) kann in seiner Stichprobe feststellen, dass über 50 % bereits als Jugendliche delinquent werden. Hier sind vor allem die Patienten, die wegen eines Eigentums- oder Sexualdeliktes untergebracht sind, zu finden. Auch Persönlichkeitsgestörte fallen zu 2/3 in diese Früh-Delinquenzgruppe. Die erste strafrechtliche Sanktion bzw. Inhaftierung erfolgt mit etwa 22 Jahren (Ritzel, 1978; Seifert et al., 2001). Der Anteil der Vorbestraften schwankt in den Studien – u. a. davon abhängig, ob auch eingestellte Verfahren wie z. B. in der Ritzel-Studie mitgezählt werden – liegt aber immer über 50 % (Ritzel, 1978, Thier, 1990). Meist sind die Probanden mehrfach strafrechtlich in Erscheinung getreten (Thier, 1990). Ritzel (1978), der versucht, auch nicht aktenkundlich erfasste Straftaten in Erfahrung zu bringen, berechnet eine Quote von im Mittel 12,7 Straftaten pro Proband. Die Vorstrafenbelastung ist in seiner Stichprobe mit 501 Patienten bei Psychopathen (der Begriff ist seit den 80er Jahren nicht mehr als diagnostische Einheit im Gebrauch; zu verstehen ist Psychopathie im traditionellen Sinne als abnorme charakterliche Abweichung) und hirnnorganisch Geschädigten am höchsten, bei Schizophrenen am niedrigsten. Letztgenannte werden auch erst später erstmals straffällig. Bei Ritzel werden über 50 % der Schizophrenen erst nach dem 30. Lebensjahr delinquent, während Psychopathen zu 64.8 % bereits als Jugendliche auffällig werden. Leygraf (1988) kann in seiner Stichprobe feststellen, dass 38.7 % seiner Gesamtklientel bereits eine oder mehrere Freiheitsstrafen verbüßt haben, im Mittel 3,8 Jahre. Ritzel (1978) berechnet eine noch höhere Quote: 62.2 % waren in diesem Kollektiv in Strafhaft. Auch hier fallen Psychopathen besonders negativ auf, während nur 36.4 % der Schizophrenen Haft Erfahrung gemacht haben. Ritzel wertet dies als weiteres Indiz dafür, dass den Gerichten in dieser Gruppe der Zusammenhang zwischen psychischer Krankheit und Delinquenz am deutlichsten ist.

Anlassdeliktisch liegen überwiegend Straftaten gegen Leib und Leben, Eigentumsdelikte und Sexualdelikte vor, wobei regionale Schwankungen der Anordnungspraxis festzustellen sind (Leygraf, 1988; Thier, 1990). Bei einem Großteil kommt der § 20 StGB

(Schuldunfähigkeit wird attestiert) zur Anwendung (Seifert et al., 2001). Ritzel (1978) untersucht die Häufigkeiten der Straftaten in den einzelnen Diagnosegruppen. Während Psychopaths v. a. mit Vermögens- und Sachdelikten in Erscheinung treten, verüben cerebrale Alterskranke – gemeint sind Demenzkranke im klassischen Sinne des ICD 9 (mit Kriterium der Irreversibilität) – auffallend häufig Sexualdelikte (vgl. Tab. 2.3). Ritzel wertet dies als Beleg dafür, dass Sittlichkeitsdelikte innerhalb der Alterskriminalität dominieren. Schizophrene Patienten werden häufig mit Vermögens- und Sachdelikten bzw. auch Straftaten gegen Leib und Leben straffällig.

Tabelle 2.3: Verteilung der Haupteinweisungsdelikte (Ritzel, 1978)

Diagnose	Deliktgruppe			
	Vermögens- und Sachdelikte	Sexualdelikte	Straftaten gegen Leib und Leben	Sonst.: Hausfriedensbruch, Beleidigung, Verkehrsdelikte etc.
Schizophrenie <i>n</i> = 73	45.6 %	16.2 %	23.5 %	14.7 %
Oligophrenie <i>N</i> = 123	43.6 %	37.1 %	8.6 %	10.7 %
Psychopathie (entspricht Persönlichkeitsstörung) <i>n</i> = 59	54.4 %	32.4 %	5.9 %	7.4 %
Sexuelle Deviation <i>n</i> = 36	---	86.2 %	11.8 %	2.0 %
Hirnorganische Schäden <i>n</i> = 60	38.8 %	27.4 %	29.0 %	4.8 %
Cerebrale Alterskrankheit (entspricht Demenz) <i>n</i> = 38	12.7 %	76.6 %	6.4 %	4.3 %
Sonst.: Sucht, Epilepsie etc. <i>n</i> = 58	46.4 %	16.1 %	14.3 %	23.2 %

Eine ähnliche Verteilung kann auch Thier (1990) vorlegen, der die Einweisungsdelikte seiner Stichprobe nach Diagnosen unterteilt (vgl. Tab. 2.4). Auffallend ist, dass Sittlichkeitsdelikte eine etwas andere Diagnosenverteilung als die anderen Haupteinweisungsdelikte haben. Hier sind vermehrt Patienten mit Intelligenzeinschränkungen zu finden, Psychotiker dagegen deutlich weniger. Letztere werden eher mit Gewalttaten auffällig.

Tabelle 2.4: Einweisungsdelikte und Einweisungsdiagnosen (N = 34; Thier, 1990)

Deliktgruppe	Diagnose (Häufigkeitsverteilung)
Sex. Missbrauch von Kindern	Oligophrenie (3x) cerebral-organische Störung (1x) Persönlichkeitsstörung (1x)
Gewaltdelikte	Schizophrenie (50 %) cerebral-organische Störung (25 %) Oligophrenie (17 %) gestörte Persönlichkeitsentwicklung (8 %)
Eigentumsdelikte	Schizophrenie (44 %) Oligophrenie (22 %) abnorme Persönlichkeitsentwickl. (22 %) cerebral-organische Störung (11 %)
Sittlichkeitsdelikte	Oligophrenie (43 %) cerebral-organische Störung (29 %) Schizophrenie (14 %) abnorme Persönlichkeitsentwickl. (14 %)

Seifert und Kollegen (2001) können eine herausstechende Häufung von Schizophrenen bei Tötungsdelikten darlegen. In ihrer Untersuchung mit 188 Probanden wird deutlich, dass Sexualdelikte entgegen der öffentlichen Meinung nur bei einer kleineren Patientengruppe zur Unterbringung führen: 13 % der Anlassdelikte. Die hessische Stichtags-erhebung von Jöckel und Müller-Isberner (1997) mit 245 Probanden zeigt ein etwas anderes Bild: Sexualstraftaten sind mit 23.7 % (bzw. 3.7 % bei Sexualdelikten ohne Gewalt) aller Deliktgruppen deutlich stärker vertreten als in anderen Studien. Die Delinquenzvorbelastung ist bei Sexualstraftätern besonders stark ausgeprägt. Bei Blocher (2001) sind 30 % von N = 217 einschlägig vorbestraft. Jöckel und Müller-Isberner resümieren, „dass psychisch Kranke mit weniger schweren Delikten heute kaum noch in den Maßregelvollzug eingewiesen werden“ (1997, S. 390). Der Anteil der Patienten mit langen Freiheitsstrafen ist dennoch niedrig und kann mit der häufigen Anwendung des § 20 StGB, der keine zusätzliche Freiheitsstrafe ermöglicht, erklärt werden.

2.1.4.3 § 63 StGB: Therapiemodule

Die erhebliche Vordelinquenz der Patienten zeigt, dass „dissoziale Einstellungen und Verhaltensweisen bei vielen Untergebrachten zu Behandlungsproblemen gehören, die neben den übrigen und mutmaßlich verursachenden Faktoren in Therapieplanungen berücksichtigt werden müssen“ (Jöckel & Müller-Isberner, 1997, S. 393). Schuldbe-wusstsein ist nur von einem kleinen Teil zu erwarten und insbesondere von Schizophre-

nen und geistig Behinderten nicht. In einer Studie bagatellisieren 20 % die Straftat, 16 % fühlen sich subjektiv im Recht oder bedauern sich selbst. Nur jeder fünfte der 245 Probanden zeigt Schuldbewusstsein. Dagegen dominieren Verleugnung, Bagatellisieren und Selbstexkulpierung. Nur 30 % sind zu Empathie grundsätzlich fähig (a. a. O.). Die Therapiedauer, rechtlich unbegrenzt, ist entsprechend lang.

Methodenkritisch muss aber erwähnt werden, dass es in den Berechnungen zur Therapiedauer zu einigen Verzerrungen kommen kann. Bei katamnestischen Studien, wie Thier (1990) sie z. B. vorlegt, werden die noch untergebrachten Langzeitpatienten nicht berücksichtigt. Dagegen können Querschnittserhebungen, wie die von Leygraf (1988), nichts über die tatsächlich im Maßregelvollzug verbrachte Zeit aussagen und bleiben immer unter dieser realen Dauer. Und schließlich wird häufig nicht genau beschrieben, ab wann gezählt wird; d. h., ob z. B. die Zeit einer vorläufigen Unterbringung nach § 126 a StPO abgezogen wird oder nicht. Dennoch geben die vorgelegten Zahlen einen ersten Anhaltspunkt. Thier (1990) berichtet über Patienten, die sieben Monate bis über 20 Jahre im Maßregelvollzug leben. Im Durchschnitt werden 3,7 Jahre in Therapie verbracht, wobei er bei Gewalttätern eine leichte Tendenz zu höheren Unterbringungsdauern erkennt. Dimmek und Duncker (1996) geben eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 6,5 Jahren an. Die bundesweite Stichtagserhebung von Leygraf ermittelt eine Unterbringungsdauer von im Mittel 6,3 Jahre (ein Monat bis 38 Jahre). Auch Ritzel, der 1978 eine umfassende Studie an niedersächsischen Maßregelpatienten vorlegt, erreicht eine mittlere Unterbringungsdauer von sieben Jahren. Die Studie von Seifert et al. (2001) ist mit einer mittleren Unterbringungsdauer von 6,2 Jahren vergleichbar; die Autoren sehen insgesamt einen Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer, da im Vergleich zu den 80er Jahren signifikant weniger Patienten entlassen werden.

In der bundesweiten Erhebung von Leygraf (1988) werden im Gegensatz zu Seifert et al. (2001) Zeit-Unterschiede je nach Krankheit oder Delikt deutlich. So ist die mittlere Therapiedauer bei Patienten mit intellektueller Behinderung am längsten (11,5 Jahre); er erklärt dies mit der Unveränderlichkeit der Grundstörung. Obwohl es gute therapeutische Konzepte gibt, ist die Dauer bei Schizophrenen ebenfalls deutlich überdurchschnittlich (7,7 Jahre). Auch Ritzel (1978) kann ähnliche Unterschiede finden. Für Leygraf (1988) ist dieser Befund unklar; er diskutiert bestehende Vorurteile bei Gutachtern und Richtern über die angenommene Gefährlichkeit der schizophrenen Patienten bzw. Effekte einer raschen Hospitalisierung. Ebenso erstaunlich ist nach Leygraf, dass Patienten mit Taten gegen Leib und Leben nur leicht überdurchschnittlich in ihrer Unter-

bringungsdauer sind. Noch schwieriger zu verstehen sei das Ergebnis, dass gewaltlose Eigentums- oder Sexualdelikte (z. B. Diebstahl, Exhibitionismus) mit einer längeren Dauer im Maßregelvollzug verbunden sind als Delikte mit Gewalt (Raub, Vergewaltigung etc.). Problematisch ist für den Autor aber insbesondere, dass der Strafraum bei nahezu allen Deliktarten (Ausnahme Tötung) zum Stichtag bereits überschritten ist; d. h. im Extremfall sind die Patienten bereits zweieinhalb- bis dreifach so lange in Therapie wie der Zeitrahmen der Strafe. Es stelle sich gerade bei der Gruppe der meist schuldunfähigen Langzeituntergebrachten mit Delikten, bei denen ein geringes Strafmaß vorgesehen ist, die Frage der Verhältnismäßigkeit. Ritzel (1978) zeigt in seiner umfassenden Studie, die sich über zwei Jahrzehnte erstreckt, dass 11.6 % der 501 Probanden in der Unterbringung verstarben. Auffallend oft sind Sittlichkeitstäter mit überdurchschnittlich langen Unterbringungsauern (über 10 Jahre) zu finden. Ritzel diskutiert dazu eine generelle Schwierigkeit und Unsicherheit bei prognostischen Urteilen, die dazu führt, dass „dem Verwahrungsprinzip zu häufig der Vorrang“ gegeben wird (a. a. O., S. 73).

In einer Studie zur Überprüfung der prognostischen Treffsicherheit bezüglich der Unterbringungsdauer können Aspekte aus drei Merkmalsebenen gefiltert werden, die für eine lange Aufenthaltsdauer sprechen (Kielisch, 2003). Auf der Erkrankungsebene sind u. a. gestörte Aggressionshemmung, fehlende Beziehungsfähigkeit und unzureichendes Lernen aus Erfahrung von Bedeutung. Problematisches Freizeitverhalten, keine Therapiebereitschaft etc. spielen auf der Verhaltensebene eine Rolle. Und schließlich die Ebene der Entlassungsplanung: Das Fehlen realistischer Zukunftspläne oder ein instabiles Beziehungsumfeld sind hervorstechende Negativmerkmale. Man muss hierbei aber auch anführen, dass die juristischen Rahmenbedingungen, die sich seit 1998 doch erheblich geändert haben, zu einer nicht therapeutisch initiierten Verlängerung des Aufenthaltes führen (Maier, Mache & Klein, 2000). Vor einer Entlassung müssen sich die Patienten häufig monatelang bewähren, z. B. Heimkandidaten im sog. Probewohnen.

Organisatorisch werden die Patienten in einigen Kliniken stationär nach verschiedenen Delikt- oder Tatgruppen eingeteilt und mit Spezialprogrammen behandelt. Damit will man dem Umstand Rechnung tragen, dass die Gruppe der § 63 StGB-Untergebrachten äußerst inhomogen ist. Bei Sexualstraftätern z. B. müssen die verschiedenen psychischen Störungen differenziert beachtet werden: Kindesmissbraucher leiden v. a. unter sozialen Phobien, affektiven Störungen, dependenten und anderen Persönlichkeits-

störungen, Vergewaltiger dagegen häufig unter Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, sozialer Persönlichkeitsstörung und Impulskontrollstörung (Fiedler, 2004).

Die erste spezialisierte forensische Frauenstation wurde 1984 im Westfälischen Zentrum für Forensische Psychiatrie in Lippstadt Eickelborn eröffnet (Nowara, 2003). In anderen Kliniken werden § 63 und § 64 StGB untergebrachte Frauen zusammen behandelt oder gemischtgeschlechtliche § 63er Stationen eingerichtet. Häufig werden psychisch kranke Straftäterinnen aber in allgemein-psychiatrischen Abteilungen therapiert. In der Psychotherapie mit Frauen werden andere inhaltliche Schwerpunkte gesetzt: Wahrnehmung und Akzeptanz von Aggressionen und ein angemessener Umgang (entgegen dem traditionellen Rollenbild) sowie Konfliktumgang und -lösung. Da viele Patientinnen sexuelle Missbrauchserfahrungen haben, liegt ein weiterer Fokus auf der Bearbeitung dieser.

Die Pharmakotherapie spielt bei psychiatrischen Patienten mit psychotischen oder affektiven Erkrankungen eine Rolle (Schaumburg, 2003). In diesen Fällen ermöglicht sie häufig erst andere Therapiemodule. In erster Linie sind hier einzel- und gruppenpsychotherapeutische Gespräche zu nennen.

Therapeutische Programme sind weniger einsichts-, denn handlungsorientiert (Leygraf, 2006). Dabei ist es notwendig, die Angebote den intellektuellen Möglichkeiten der Patienten anzupassen. Gerade bei Minderbegabten wird die Psychotherapie lediglich begleitend und stützend sein, eine größere Introspektionsfähigkeit wird nicht erreicht werden können.

Auch die Motivationsproblematik bleibt insbesondere bei den langjährig Untergebrachten bestehen. Aufbau und Stütze der Motivation bilden wichtige und häufig raumgreifende Therapieinhalte. Wissensvermittlung, aber auch Stärkung der Hoffnung beim Patienten können dazu wichtige Elemente sein.

Neben psychoedukativen Elementen, wie sie aus der Schizophreniebehandlung der Psychiatrie bekannt sind, erfährt die Deliktbearbeitung mit Verhaltensanalyse und Verhaltensmodifikation besondere Beachtung. Gruppen, die nach festgelegten Modulen arbeiten (z. B. Anti-Aggressionstraining oder Selbstbehauptungstraining), werden komplettierend eingesetzt. Weitere Inhalte sind u. a. Veränderung delinquenzfördernder Einstellungen, Modifikation von Externalisierungs- und Bagatellisierungstendenzen und Stärkung der Empathiefähigkeit.

Ergo- und Sporttherapie, aber auch Musik- und Kunsttherapie werden je nach Möglichkeiten angeboten. Während in den 80er Jahren eher ein „antitherapeutisches Klima“

(Leygraf, 1988, S. 182) vorherrschte, spielte die Ergotherapie bereits in dieser Zeit auch im Maßregelvollzug eine zunehmend stärkere Rolle. Nur 13.2 % der bundesweit untersuchten Patienten waren zum Erhebungszeitpunkt (1984 bis 1986) nicht in eine derartige Maßnahme eingebunden. Allerdings sagt dies noch nichts über die tatsächliche Qualität der Therapie aus, denn häufig war die Arbeitsmöglichkeit anspruchslos, nur einfache manuelle Tätigkeiten wurden angeboten. Mittlerweile gibt es aber auch in diesem Bereich Fortschritte, so dass die Arbeitstherapie einen Übergang in die Arbeitswelt ermöglicht und in der Entlassphase häufig den Charakter einer Arbeitserprobung annimmt (Schaumburg, 2003).

Die Soziotherapie wird als „die wichtigste Säule der Behandlung“ (a. a. O., S. 88) beschrieben. Tagesstruktur, Anleitung zur Freizeitgestaltung, Üben lebenspraktischer Fähigkeiten und Informationsgruppen sind einige der wesentlichen Elemente. Auch die Klärung der Lebensumwelt und Begleitung bei Behördenangelegenheiten etc. sind bei § 63-StGB-Patienten von Bedeutung, liegen doch gerade hier deutliche Kompetenzdefizite.

Thier (1990) hat 27 § 63-StGB-Patienten in seiner 4- bis 7-Jahres-Katamnese nach ihren Einschätzungen zum stationären Aufenthalt befragt. Die (extramurale) Arbeitstherapie wird von der größten Gruppe als besonders sinnvoll in Erinnerung behalten, gefolgt von Mitpatientenkontakt und Freizeitgestaltung. Dagegen können nur wenige ehemalige Patienten den psychotherapeutischen Maßnahmen etwas Positives abgewinnen. Immerhin 18 % haben nach ihren Angaben sogar schlechte Erfahrungen mit ihrem Arzt oder Psychologen gemacht. Allerdings scheint es ihnen wichtig gewesen zu sein, Kontakte zum psychotherapeutischen Personal zu haben, denn 24 % beklagen eine zu geringe Frequenz.

Ein wichtiger Bestandteil der Therapie sind Vollzugslockerungen. Sie dienen der schrittweisen Vorbereitung der Entlassung und fördern die Selbständigkeit. Daneben sind sie auch prognostisch von Bedeutung, da sie das Verhalten unter gelockerten Bedingungen überprüfbar machen und Aussagen zu künftigem Verhalten ermöglichen (Bischof, 1986). Zur Entlassvorbereitung werden daher die Lockerungen maximal ausgedehnt.

In der Resozialisierungsphase schließlich muss die zukünftige Lebenssituation geklärt werden. Dabei spielen komplementäre Einrichtungen bei § 63 StGB-Patienten eine zunehmende Rolle (Schaumburg, 2003). Neben Wohnen und Arbeiten werden frühzeitig Nachbetreuungsmöglichkeiten geklärt (niedergelassene Fachärzte oder psychologi-

sche Psychotherapeuten, psychiatrische Ambulanzen etc.). Auch Kontakte zum zukünftigen Bewährungshelfer dienen einem nahtlosen Übergang in die nachstationäre Zeit.

Gerade für langjährig Untergebrachte ist die eigentliche Resozialisierungsphase eine besonders angstbesetzte und schwierige Situation. Entsprechend vorsichtig und langsam werden daher die Schritte nach draußen vorbereitet und umgesetzt. Die forensische Psychiatrie hat sich in diesem Bereich enorm entwickelt, denn noch in den späten 70er Jahren beklagten die Patienten die unzureichenden Entlassungsvorbereitungen und forderten ein gestuftes therapeutisches Konzept mit gezieltem Sozial- und Verhaltenstraining (Ritzel, 1978).

2.1.4.4 § 63 StGB: Zwischenfälle

Wie bereits erwähnt, müssen forensisch tätige Mitarbeiter mit Zwischenfällen umgehen, auch wenn die meisten Patienten überwiegend angepasst sind (Thier, 1990). Das häufigste Phänom ist dabei die Entweichung, wobei diese oft im Rahmen einer Vollzugslockerung und nicht als tatsächlicher Ausbruch stattfindet (Leygraf, 1988). So wird von Petrovic (1985) eine Entweichungsquote von 26.7 pro Jahr bezogen auf 100 Patienten berechnet, während Müller und Hadamik (1966) in ihrer Stichtagserhebung mit 675 Patienten aus sechs Kliniken von einer Quote von 3.6 besonderer Vorkommnisse (hier sind v. a. tätliche Angriffe auf Personen gemeint) pro Jahr bezogen auf 100 Patienten sprechen. Interpretationsschwierigkeiten treten in den Entweichungsstatistiken häufig auf, da nicht explizit beschrieben wird, ob es sich bei den genannten Entweichungen um polizeilich gemeldete und gefahndete Vorkommnisse oder um nicht gemeldete Lockerungsmisbräuche – z. B. eine verspätete Rückkehr aus einer Beurlaubung – handelt. Gretenkord und Müller-Isberner (1991) erzielen bei entsprechender Trennung eine tatsächliche Entweichungsquote von 15.3 pro Jahr bezogen auf 100 Patienten. 66.7 % der 84 Betroffenen entweichen einmal. In der Studie von Thier (1990) entweichen 56 % der Katamnesepatienten mindestens einmal, allerdings meist nur sehr kurz. 35 % entweichen mehrmals, die Dauer des Fortbleibens ist dann etwas höher. Auch kann es bei diesen Mehrfachentweichern zu neuen Straftaten – meist handelt es sich dabei um Eigentumsdelikte – und Alkoholrückfällen kommen. In einer großen Untersuchung mit 520 Probanden des Bezirksklinikums Haar, untergebracht in den Jahren 1962 bis 1981, wird eine Entweichungsfrequenz von durchschnittlich 2.5 berechnet (Bischof, 1986). Die Entweichungsquote (insgesamt entweichen 90 Patienten, in der Summe handelt es sich um 230 Entweichungen) und Frequenz liegt bei Mehrfachuntergebrachten am höchsten.

Im Bereich der Deliktrückfälligkeit fallen Mehrfachuntergebrachte mit einer dreimal höheren Quote ebenfalls besonders negativ auf. Insgesamt begehen nur 20 Entweicher, also 22 % der Klientel, während einer Flucht eine Straftat (über 50 % Eigentumsdelikte, 18 % Sexualdelikte). In der Hainaer Studie bleiben sogar 86 % straftatfrei (Gretenkord & Müller-Isberner, 1991). Diagnostisch bilden Oligophrenie und Persönlichkeitsstörungen gefolgt von sexuellen Deviationen die Hauptgruppen der Entweicher aus der Haarer Klinik (Bischof, 1986). Im Gegensatz zu diesen beschriebenen Unterschieden je nach Krankheitsbild der Haarer Stichprobe können Gretenkord und Müller-Isberner (1991) keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Entweichung und Alter, Diagnose oder Intelligenz feststellen. Allerdings entweichen in dieser Studie Eigentumsdeliktäter häufiger als andere Tätergruppen.

Bei strafbaren Handlungen auf dem Gelände (von 13 % der Probanden, meist Oligophrene, begangen) handelt es sich in der Haarer Studie v. a. um Sexualdelikte (überwiegend exhibitionistische und pädophile Delikte) und Körperverletzungen (Bischof, 1986). Leygraf (1988) ermittelt in der bundesweiten Querschnittserhebung eine Unterbringungs-Deliktquote von 3.9 % der untersuchten 781 Patienten. Unter neuen Straftaten während der Unterbringung versteht er alle Vorfälle, die zu einem polizeilichen Ermittlungsverfahren geführt hätten, wenn sie angezeigt worden wären. Die betroffenen 31 Patienten haben insgesamt 39 Delikte verübt. Es dominieren wie in der Haarer Studie mit 28.2 % gewalttätige Sexualdelikte (meist einschlägig), gefolgt von gewaltlosen Eigentums- und Sexualdelikten (20.6 bzw. 12.8 %). Diagnostisch fallen Persönlichkeitsstörungen mit Minderbegabung (48.4 %) und Schizophrenie (29 %) besonders negativ auf. Auch hier kommt es häufig während einer Entweichung zur Straftat.

Eine Studie zu gravierenden intramuralen Delikten (strafrechtlich verfolgte gewalttätige Delikte gegen Personen während der Unterbringung, N = 11) gibt weitere Hinweise auf besonders gefährdete Personen, auch wenn sie nur eingeschränkte Aussagekraft aufgrund der niedrigen Stichprobengröße aufweist. Derart Auffällige zeigen einige biographische Besonderheiten wie Broken-home-Erfahrung, Suchtmittelabusus in der Primärfamilie, Gewalterfahrung, häufige Schulformwechsel, fehlende Qualifizierung, eigener Suchtmittelabusus, instabile Sozialkontakte. Sie werden erheblich früher straffällig (im Durchschnitt mit 15 Jahren), sind polytrop delinquent und weitgehend haftsozialisiert. Im Vergleich sind sie beim Anlassdelikt jünger (im Durchschnitt 24 Jahre). Seltenere handelt es sich um Tötungsdelikte, die Taten sind häufig geplant. Meist sind es Einzeltäter, nur 18 % sind beim Anlassdelikt schuldunfähig (dagegen 40 % der Kon-

trollgruppe). Im Verlauf zeigen sich aber keine Unterschiede bezüglich Lockerungspraxis etc. Allerdings fallen diese Patienten eher durch aggressive Übergriffe gegen das Personal auf. Der Anteil von Persönlichkeitsgestörten ist erhöht. Die Delikte werden überwiegend während einer Entweichung verübt und es ist eine planerische Vorphase zu erkennen. Im Vergleich mit dem Einweisungsdelikt ist eine erhebliche Progredienz der Deliktschwere zu sehen (Bischof, 1986).

2.1.4.5 § 63 StGB: Entlassung und Nachsorge

Der Nachsorge kommt im forensischen Kontext eine bedeutende Aufgabe zu. Ein soziales Netzwerk, das bereits während der Therapie geknüpft wird, wirkt rückfallpräventiv (Treichl, Deutner, Sommaruga & Schubert, 2001). Gerade die ersten Monate nach Entlassung sind besonders schwierig für die ehemaligen Patienten, denn hier kommt es zu den meisten Rückfällen (Leygraf, 1988). Eine besondere Problematik liegt in den abnehmenden Sozialkontakten der Patienten, die allerdings schon vor der Aufnahme häufig sehr dürftig und auf die Primärfamilie begrenzt ausfallen (a. a. O.). Die Tendenz zur Weiterbetreuung in einem Heim steigt nicht zuletzt deswegen (Pozsár, 2001). Obwohl Zwischenfälle insgesamt selten sind (in der besprochenen Studie ist von einer Quote von 3.3 % aller in einer 6-Jahres-Frist Untergebrachten die Rede), haben Maßregelvollzugskliniken auch wegen der Angst vor derartigen Vorkommnissen große Probleme, nachsorgende Institutionen zu finden (a. a. O.).

Patienten, die in einem Heim untergebracht werden, sind etwas älter, leiden häufig unter endogenen Psychosen oder sind minderbegabt, weisen einen tendenziell höheren Sexualstraftäteranteil auf und sind länger und / oder bereits zum zweiten Mal im Maßregelvollzug untergebracht als ambulant Weiterbetreute. Die Heimbewohner sind in ihren Möglichkeiten stark eingeschränkt und arbeiten überwiegend in Werkstätten für Behinderte, die zur Aufrechterhaltung und Förderung von Fähigkeiten sowie zur Gewährleistung einer Tagesstruktur unverzichtbar sind. Bei diesen Heimkandidaten sind die psychiatrischen Behandlungserfolge häufig sehr begrenzt, es kommt zu Hospitalisierungstendenzen (Maier, Mache & Klein, 2000).

Der Anteil der Patienten mit geringen Erfolgsaussichten ist schwer zu schätzen; Leygraf spricht mit allen Einschränkungen von etwa 10 % (2006). Da die für dieses Klientel notwendigen beschützten Lebensräume außerhalb des Maßregelvollzugs schwer zu finden sind, plädiert Leygraf (a. a. O.) für die Schaffung von kleineren, milieutherapeu-

tisch orientierten Langzeitabteilungen, die das subjektive Wohlbefinden des Patienten im Fokus haben und basale soziale Fertigkeiten üben und aufrechterhalten.

Ist dagegen eine Entlassung möglich, spielt eine strukturierende Tätigkeit eine große, rückfallpräventive Rolle. Allgemein haben sich die Probleme auf dem freien Arbeitsmarkt allerdings verschärft; Mitte der 90er Jahre gelang es, einen höheren Arbeiteranteil bei § 63 StGB-Entlassenen zu erreichen (Pozsár, 2001). Eine geeignete Nachsorgeinstitution muss neben der Bereitstellung von Arbeitsmöglichkeiten verlässliche Strukturen aufweisen, lebenspraktische Hilfe leisten und ein hochfrequentes Gesprächsangebot bereit halten. Mit diesem Aufwand bekommt sie eine kriminalpräventive Wirkung, was an den geringen Rückfallraten Nachsorgebetreuer abzulesen ist (a. a. O.).

Der Reformentwurf zur Führungsaufsicht der Bundesregierung vom 28.06.2006 versucht, effizientere Wege festzulegen und favorisiert, forensische Fachambulanzen auszubauen und in die rechtlichen Regelungen der Führungsaufsicht einzubeziehen. Gerade angesichts des deutlich erhöhten Gewaltrisikos bei Schizophrenen (insbesondere bei Vorliegen von Komorbidität u. a. mit Substanzmissbrauch oder antisozialer Persönlichkeitsstörung) ist die Bereitstellung kontinuierlicher Behandlung, die das Rückfallrisiko positiv beeinflusst, von großer Bedeutung (Nedopil, 2000).

Eine integrierte Nachsorge, wie sie exemplarisch dargestellt in Berlin-Reinickendorf angeboten wird, erzielt Transparenz und Klarheit im engen Zusammenwirken von fachlicher und rechtlicher Betreuung. Klinik und Heim stehen im Kontakt und erstellen einen Behandlungs- und Rehabilitationsplan, der eine lange Vorbereitung auf die notwendigen Lockerungen bzw. Beurlaubungen vorsieht und dem Patienten den Rollenwechsel zum Bewohner ermöglicht (Pozsár, 2001). Auch die Justiz ist eingebunden, wobei der direkte Kontakt von der Einrichtung zur Strafvollstreckungskammer favorisiert wird, z. B. um geeignete Bewährungsaufgaben bei Klinikentlassung zu formulieren.

Psychotiker werden nach Seifert et al. (2001) eher als andere Patientengruppen entlassen; verantwortlich dafür könnten die existierenden und bereits bewährten Behandlungskonzepte für schizophrene Patienten sein. Bei Persönlichkeitsgestörten und Sexualstraftätern tun sich die damit befassten Stellen schwerer angesichts der Befürchtung potenzieller Deliktrückfälle und der entsprechend kritischen öffentlichen Diskussion. Diese unterschiedlichen Entlassquoten verweisen auf einen Wandel seit den 80er Jahren, denn Leygraf musste in seiner bundesweiten Stichprobe 1988 noch feststellen, dass gerade Schizophrene sehr lange Unterbringungszeiten aufwiesen und eher Hospitalisierungserscheinungen zu erkennen waren.

2.1.4.6 § 64 StGB: Patientenmerkmale

Eine bundesweite Analyse der Bundeszentralregisterauszüge (BZR) von 249 gemäß § 64 StGB-Untergebrachten gibt Kerndaten dieser Patientengruppe wieder (Dessecker, 1995). Meist wird in der Bezugsentscheidung eine verminderte Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) festgestellt, anlassdeliktisch führen schwerer Diebstahl, Raub bzw. räuberische Erpressung sowie Drogendelikte die Deliktliste an. Der Gewaltanteil ist bei den Anlassdelikten nicht unerheblich und liegt in einer bundesweiten Stichtagserhebung mit 727 Probanden bei 59 % (von der Haar, 1995).

Bei über 40 % der untersuchten Fälle der BZR-Studie von Dessecker (1995) ordnen die Gerichte eine Therapie an, obwohl sich der Sachverständige nicht dazu geäußert oder sie zumindest nicht befürwortet hat. Isolierte Maßregelanordnungen sind selten, über 50 % der Patienten bekommen parallel eine Freiheitsstrafe über 18 Monaten ausgesprochen. Ebenso gering ist der Anteil der primären Aussetzungen zur Bewährung und der Anordnung von Vorwegvollzug eines Teils der Freiheitsstrafe.

In der Dessecker-Studie wurde auch kontrolliert, wie viele Patienten die Therapie regulär beenden können. Bei knapp 3/4 wird die Unterbringung zur Bewährung ausgesetzt, 16 % kommen in Strafvollzug (wegen Erledigung wegen Aussichtslosigkeit, Umkehr der Vollstreckungsreihenfolge, Erreichen der Höchstfrist).

Die Therapie dauert im Median 21 Monate; in anderen Studien liegt die mittlere Unterbringungsdauer darunter, wobei die tatsächliche stationäre Therapie ohne die sich anschließende lange Beurlaubungszeit bei etwa einem Jahr liegt (Leygraf, 1995).

Bei über 50 % kommt es während des Aufenthaltes zu Zwischenfällen (v. a. kurzzeitige Entweichungen im Sinne eines Lockerungsmissbrauches, Alkoholrückfälle), über 20 % verüben eine neue Straftat.

Zunehmend stärker wird die Gruppe ausländischer Patienten; Türkei, Libanon, Italien sind die Hauptherkunftsländer (a. a. O.).

Diagnostisch ist in den letzten Jahren eine Verschiebung innerhalb der Suchtformen festzustellen, auch wenn Alkoholranke mit 2/3 nach wie vor die größte Gruppe sind (Seifert & Leygraf, 1999). Tendenziell nehmen polytoxikomane Abhängigkeitsformen zu. Auch kommen mehr User von Ecstasy, Designer- und Partydrogen in Therapie. Bei 3/4 wird neben der Suchterkrankung eine weitere psychiatrische Diagnose gestellt, meist aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen (Gerl, 2000; von der Haar, 1995).

Die größte Gruppe der Alkoholabhängigen ist bei Anordnung der Maßregel zwischen 26-45 Jahre alt, wobei es zunehmend mehr jugendliche Alkoholabhängige gibt (Koch,

1988). Nach dem 45. Lebensjahr verliert die Maßregel an Bedeutung (Bischoff-Mews, 1998). Persönlichkeitsstörungen und Minderbegabung sind bei Alkoholikern häufige Zweitdiagnosen (Bischoff-Mews, 1998; Koch, 1988). Bei Frauen werden auch Angststörungen diagnostiziert (Römer, Klopff, Weinlich, Jenner, & Rainer, 2002). Hinter der Alkoholabhängigkeit steht meist eine multifaktorielle Genese. Der Beginn ist sehr früh (um das 15. Lebensjahr). Nach der Jellinekschen Einteilung handelt es sich häufig um Gamma-Alkoholiker mit einer extremen physischen und psychischen Abhängigkeit (Bischoff-Mews, 1998). Drogen, meist Haschisch, werden nur sporadisch konsumiert. Trotz der lang andauernden Suchtproblematik sind nur wenige vorbehandelt. In der Studie von Bischoff-Mews (1998) mit 53 Alkoholabhängigen haben lediglich 38 % Therapieerfahrung. Es handelt sich dann auch weniger um abgeschlossene Entwöhnungstherapien, sondern um Entgiftungen oder abgebrochene Therapieversuche (Koch, 1988). Abstinenzzeiten finden sich entsprechend selten.

Der enge Zusammenhang zwischen Alkoholmissbrauch und Aggression wird immer wieder bestätigt (Koch, 1988; Nedopil, 2000). Dabei ist nicht selten ein Kreislauf der Gewalt zu beschreiben: Elterlicher Substanzmissbrauch, gewalttätige Übergriffe, Verwahrlosung, Missbrauch, eigener früher Substanzmissbrauch, Einfluss der Peergroup, Gewalt, Dissozialität (Nedopil, 2000). Viele Alkoholabhängige müssen mit frühzeitigen Beeinträchtigungen wichtiger Entwicklungsphasen zurecht kommen (Bischoff-Mews, 1998). Neben häuslichen Gewalterfahrungen und familiärer Alkoholbelastung spielen Heimaufenthalte eine prägende Rolle, der schulische und berufliche Werdegang sowie die Entwicklung von Sozialkontakten ist derart gestört, dass Sozialisationsdefizite eine wesentliche Komponente bei delinquenten Alkoholikern ausmachen (Bischoff-Mews, 1998; Koch, 1988). Vor einer Einweisung sind die meisten Patienten arbeitslos, obwohl fast die Hälfte immerhin eine abgeschlossene Lehre vorweisen kann. Die berufliche Laufbahn zeigt häufige alkoholbedingte Arbeitsplatzwechsel bzw. -verluste auf. Bei über 50 % ist von einem sozialen Abstieg die Rede (Koch, 1988). Der Anteil Lediger überwiegt, die meisten haben keine Kinder, eine gewisse Bindungslosigkeit ist zu erkennen (Bischoff-Mews, 1998; Schmitz, 1993).

Die Gruppe der Drogenabhängigen ist dagegen in sich sehr inhomogen. Der Zusammenhang zwischen Kriminalität und Drogensucht besteht in den gemeinsamen Wurzeln, die beide als Formen abweichenden Verhaltens haben. Ein komplexes Interagieren wird angenommen. Dabei führt der Drogenkonsum nicht monokausal zur Kriminalität, sondern wirkt begleitend, intensivierend und letztendlich stabilisierend. Anlassdelikte sind

häufig Straftaten im Sinne der Beschaffungskriminalität (Gerl, 2000). Die gängigste Konsumform ist die Polytoxikomanie, die zunehmend die reine Heroinabhängigkeit ablöst, auch wenn Opiate den häufigst konsumierten Suchtstoff ausmachen (Seifert & Leygraf, 1999). Die Therapievorerfahrung fällt in der Drogengruppe etwas höher als bei Alkoholikern aus (58 %), aber auch hier sind es meist gescheiterte Versuche (Seifert & Leygraf, 1999). Nicht selten leiden die Patienten neben Persönlichkeitsstörungen (häufig ist die dissoziale Persönlichkeitsstörung) unter dem Hyperkinetischen Syndrom, das an sich einen hohen Risikofaktor für Kriminalität bedeutet (Ziegler, Blocher, Groß & Rösler, 2003). Der Zusammenhang mit Sucht erklärt sich zum einen mit einem risikobereiten, impulsiven Ausprobieren, zum anderen werden aber auch Selbstmedikationsversuche diskutiert (a. a. O.). Der Anteil Lediger ist noch höher als bei Alkoholikern, hängt aber auch mit der etwas jüngeren Altersstruktur zusammen (Seifert & Leygraf, 1999). In der epidemiologischen Studie an 144 drogenabhängigen § 64 StGB-Patienten von Seifert und Leygraf (1999) sind 94 % männlich. Der Anteil Nichtdeutscher wächst auch in der Subgruppe der Drogenabhängigen stetig. Obwohl Drogenabhängige eine tendenziell höhere Schulbildung als Alkoholiker haben (57 % machen einen qualifizierenden Hauptschulabschluss, 19 % haben eine höhere Schulbildung bzw. studieren), gelingt es nur wenigen, beruflich Fuß zu fassen. Gerl musste in seiner Studie am Bezirkskrankenhaus Gabersee mit 157 forensischen Suchtpatienten feststellen, dass gerade Drogenabhängige in der beruflichen Ausbildung große Schwierigkeiten haben (2000): 70 % der Probanden sind bei Aufnahme erwerbslos. Er führt den schlechten Qualifikationsgrad auf die geringe Frustrationstoleranz und das defizitäre Durchhaltevermögen zurück.

Suchtkranke sind zu 90 % vorbestraft, häufig mehrfach (Meier & Metrikat, 2003). Der Delinquenzbeginn ist früh, einige Patienten werden bereits vor dem 21. Lebensjahr inhaftiert (Koch, 1988). Suchtmittel spielen auch in der forensischen Vorgeschichte eine Rolle. Eigentumsdelikte führen in beiden Suchtgruppen (Alkohol und Drogen) die Liste der Vordelikte an, wobei Drogenabhängige eine deutliche Steigerung der Delikthäufigkeit wie -schwere in ihrer Straftatentwicklung aufweisen (Koch, 1988; Seifert & Leygraf, 1999). Haben 1984 Verstöße gegen das BtMG 70 % der Einweisungsdelikte ausgemacht, sind es 1999 nur 29 %. Der Anteil von Gewaltdelikten ist dagegen dreimal höher (Seifert & Leygraf, 1999). Da bei den Drogenabhängigen viele mit gewaltsamen Vermögensdelikten in den Maßregelvollzug kommen, ist in dieser Gruppe die gleichzei-

tig ausgesprochene Freiheitsstrafe im Median höher als bei Alkoholikern: 33,5 Monate vs. 18 Monate (Meier & Metrikat, 2003).

Resümierend kann man bei suchtkranken Maßregelvollzugspatienten überwiegend von Frühkriminellen sprechen: Delinquenzbeginn vor dem 30. Lebensjahr, Häufung von Körperverletzungen und Eigentumsdelikten, eine insgesamt erhebliche strafrechtliche Vorbelastung (Bischoff-Mews, 1998). Anlassdeliktisch überwiegen Eigentumsdelikte, gefolgt von Körperverletzungen (Bischoff-Mews, 1998; Koch, 1988; Seifert & Leygraf, 1999).

2.1.4.7 § 64 StGB: Therapiemodule

Die vielfältigen psychischen Störungen und sozialen Probleme erfordern in der Behandlung strafrechtlich untergebrachter Suchtmittelabhängiger eine umfassende Sichtweise (Bühringer, 1995). Das therapeutische Klima gilt als eher schwierig, da die Delinquenz nicht unbedingt Folge der Suchterkrankung sein muss. Gerade die hohe Zahl der Persönlichkeitsgestörten lassen Alkohol oder Medikamente eher als Tatbegleiter erscheinen (Koch, 1988).

In der allgemeinen Suchtbehandlung werden unterschiedliche Rahmenbedingungen genutzt bzw. angestrebt, „um Suchtverhalten zu beeinflussen oder zu verändern“ (Günthner, 2001, S. 611). Die therapeutische Aufgabe besteht in der Beeinflussung des substanzabhängigen Verhaltens, das Ziel ist Abstinenz. Neuere Vorgehensweisen lassen in der Alkoholismusbehandlung auch moderaten Substanzgebrauch – unter dem Stichwort kontrolliertes Trinken bekannt geworden – v. a. bei exzessiven Trinkern ohne Abstinenzmotivation zu. Auch die bisher als unabdingbar geltende Änderungsmotivation wird nun nicht mehr als Voraussetzung, sondern als Ziel der Therapie gesehen. Man spricht von einem „Paradigmenwechsel“ (a. a. O., S. 612). Sichtweisen, Einstellungen und emotionale Bewertungen des Patienten bezüglich des Substanzkonsums werden in der Therapie berücksichtigt, verschiedene Stadien des Veränderungsprozesses werden akzeptiert. In der Entwöhnungstherapie rücken motivationale und gesprächstherapeutische Interventionen in den Vordergrund, das familiäre Umfeld wird verstärkt mit einbezogen, kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle und soziotherapeutische Maßnahmen werden eingesetzt.

Auch die forensische Entwöhnungstherapie betont die Motivationsarbeit als wesentliche therapeutische Aufgabe (Koch, 1988). Dabei ist eine zumindest latent vorhandene Behandlungsbereitschaft von Nöten, um einen anhaltenden Behandlungserfolg erzielen

zu können. Die im Erkenntnisverfahren vorgetragene Motivation stellt sich häufig als gering bzw. zielgerichtet heraus und fällt im Laufe der Therapie in sich zusammen; Koch (1988) erkennt in ihrer Alkoholikerstichprobe (N = 97) bei 30 % eine nur oberflächliche Therapiemotivation. Allerdings untersucht sie nur Patienten mit erfolgreichem Therapieabschluss, d. h., der reale Anteil derer mit motivationalen Defiziten wird in der Gesamtgruppe höher sein. Einige Patienten versuchen, der Haft zu entgehen und erhoffen sich leichtere Lebensbedingungen in der Therapie. Änderungsbereitschaft oder gar Abstinenzmotivation sind zu diesem Zeitpunkt nicht vorhanden. Hier stellt sich die Frage, ob diese Patienten tatsächlich die vom Gesetzgeber verschärfte Unterbringungs-voraussetzung bezüglich feststellbarer positiver Behandlungsprognose erfüllen oder im Maßregelvollzug fehlplatziert sind. Schalast (2000) stellt eine Motivationsstudie vor, in der 83 alkoholranke und drogenabhängige Probanden aus vier Kliniken zu drei Messzeitpunkten bzgl. ihrer Therapiemotivation untersucht werden. Als bedeutsame Motivationsdimensionen werden zuversichtliche Kooperationsbereitschaft und Problembewusstsein herausgestellt. Hoffnungslosigkeit dagegen kann eine trotzigte Verweigerungshaltung fördern, ein geringes Problembewusstsein hängt mit fehlenden therapiebezogenen Erwartungen zusammen. Unklare Abstinenzvorsätze zu Behandlungsbeginn können im Laufe der Therapie häufig nicht gefestigt werden. Schalast betont als ein Resümee seiner Arbeit die Bedeutung positiver Aspekte in der Behandlung und die Förderung von Therapiehoffnung. Es sei eine Substanziierung und Individualisierung der Therapieplanung nötig, um den Patienten in seiner Ambivalenz verstehen und akzeptieren zu können.

Das Phänomen der Fehleinweisung wird auch dann diskutiert, wenn dissoziale Entwicklung und Haftsozialisation dominieren und erst im Hintergrund eine Suchtproblematik steht (Seifert & Leygraf, 1999). Gerade bei dissozial Akzentuierten gilt die Entwicklung von Behandlungsmotivation als bedeutsamer, aber auch erreichbarer Therapieschritt. Rauchfleisch betont, dass „die Kombination von Sucht und Dissozialität, ..., zu einer besonders gravierenden sozialen Fehlentwicklung führt“ (1991, S. 292). Alkohol hat die Aufgabe, vor unerträglich empfundenen Affekten, kritischen und entwertenden Über-Ich-Stimmen zu schützen. Die Therapie dieser Patientengruppe muss nach Entgiftung und Psychotherapie mit der Bearbeitung der beeinträchtigten Angst- und Spannungstoleranz sowie Impulskontrolle v. a. die soziale Situation klären.

Die Dauer einer Maßregelvollzugstherapie ist im Gegensatz zur § 63 StGB-Unterbringung zwar per Gesetz begrenzt, aber dennoch meist länger als in Fachkran-

kenhäusern: Die „ungünstigen sozialen Lebensumstände rechtfertigen eine längere Behandlung als in den offenen Fachkliniken“ (Koch, 1988, S. 92). Durchschnittlich werden etwa 12 Monate erreicht (Bischoff-Mews, 1998; Koch, 1988; Schmitz, 1993; Seifert & Leygraf, 1999). Allerdings erhöht sich die Dauer der Unfreiheit, da der überwiegende Teil der Patienten vor Beginn der Therapie inhaftiert ist. Seifert und Leygraf (1999) kommen in ihrer Drogenabhängigkeitsstudie (N = 144) auf eine durchschnittliche Unterbringungszeit von 26 Monaten.

Das therapeutische Programm ist am Störungsbild orientiert (Bühringer, 1995). Die medikamentöse Behandlung spielt bei Suchtkranken eine untergeordnete Rolle (Schaumburg, 2003). Psychotherapie dagegen nimmt einen großen Raum ein und ist wie andere Therapiemodule (Ergo-, Kunst- und Sporttherapie aber auch schulqualifizierende Maßnahmen) häufig in einem Stufenprogramm organisiert. Nach Diagnostik und Motivationsüberprüfung bzw. Motivierungsarbeit (insbesondere Vermittlung von therapiebezogener Hoffnung und Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung) wird an suchtspezifischen und sozialdevianten Einstellungen und Verhaltensmustern gearbeitet. Aufbau einer Tagesstruktur, Entwicklung und Stärkung von sozialen Kompetenzen, Befähigung zur Verantwortungsübernahme, Umgang mit Rückfallgefährdung und Rückfälligkeit usw. werden im Einzel- bzw. Gruppensetting vermittelt und bearbeitet. Die 3. Phase beinhaltet die eigentliche soziale Wiedereingliederung (Pfaff, 1998). Die ersten Transferversuche unter realen Bedingungen zeigen Fortschritte, aber auch bestehende Defizite. Häufig kommt es gerade in diesem Therapieabschnitt zu Krisen, die ein Wiedereintauchen in frühere Therapiephasen erfordern können (Meyer, 1995). Daher nimmt die intensive Vorbereitung auf die Entlassung viel Raum in Anspruch. Grundsätzlich müssen aber für die Gewährung von Lockerungen – unabhängig vom Stufensystem – individuelle Gefährlichkeitsprognosen erstellt werden. Das Erreichen von höheren Stufen kann nicht mit einem automatischen Lockerungszugewinn gekoppelt sein (Leygraf, 1995).

Befragt nach ihren Einschätzungen bewerten Patienten in der Therapie die Gruppen- und Einzelpsychotherapie, Ergo- und Sporttherapie positiv (Bischoff-Mews, 1998). Auch die Unterstützung bei der Arbeitssuche wird als wichtiges Element anerkannt. Bei Schalast (2000) werden insbesondere therapeutische Einzelgespräche, aber auch konkrete Resozialisierungsmaßnahmen (z. B. Schuldenregulierung) als bedeutsam von Patienten hervorgehoben.

Der Erfolg einer Entwöhnungstherapie im Maßregelvollzug wird allgemein meist kritisch gesehen. Auch von Therapeuten werden eher vorsichtige prognostische Aussagen getroffen (Schalast, 2000). So stellen die Behandler nur bei 34 % der Koch'schen Alkoholikerstichprobe, die letztendlich alle bedingt entlassen wurden, eine günstige Prognose, bei 42 % sei sie zumindest zweifelhaft und immerhin bei 25 % sprechen die Therapeuten von einer schlechten Prognose (1988). Für den therapeutischen Umgang ist „eine realitätsgerechte Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten“ (Koch, 1988, S. 8) durch alle Beteiligten (Patient, Therapeut, Stationsteam und Justiz) wichtig. Die Patienten selbst erleben den Maßregelvollzug insgesamt als „belastende und persönlich schwierige Zeit“ (Bischoff-Mews, 1998, S. 49).

2.1.4.8 § 64 StGB: Therapieabbruch und Zwischenfälle

Trotz der kontinuierlichen Weiterentwicklung therapeutischer Konzepte und der zumindest vom Gesetzgeber vorgegebenen restriktiveren Unterbringungsvorgaben wird die Therapie bei einem nicht unerheblichen und in letzter Zeit zunehmenden Patientenanteil abgebrochen, da sie keine Aussicht auf Erfolg hat. In der umfassenden Studie von Meier und Metrikat (2003) wird eine Abbruchquote von über 51 % erreicht. Obwohl diese Patienten schneller in den Regelvollzug verlegt werden als vor der bereits genannten Gesetzesneufassung, wirkt sich das nicht signifikant positiv auf den Verlauf der anderen Patienten aus. Es können allenfalls tendenzielle Verbesserungen berichtet werden; so sinkt die Zahl von Suchtmittelrückfällen (von 54.3 auf 35.7 % nach Änderung der gesetzlichen Vorgaben zum Therapieabbruch) und Entweichungen (von 45.7 auf 31 % nach Gesetzesänderung).

Untersucht man nur die Gruppe der Alkoholabhängigen, wird eine etwas günstigere Abbruchs- bzw. höhere Entlassquote erreicht (Bischoff-Mews, 1998). Eine besonders gefährdete Gruppe ist die der Alkoholiker mit Angststörungen oder depressiven Erkrankungen. Römer et al. (2002) können einen signifikanten Zusammenhang zwischen Rückfälligkeit bzw. Therapieabbruch und diesen psychopathologischen Auffälligkeiten erkennen. Leygraf (1995) differenziert in einer Studie mit 136 Alkoholkranken zwei Extremgruppen. Nach den Hochproblematischen – knapp 50 % – wird bis zu fünfmal polizeilich gefahndet. Meist bleiben die Entweichungen aber gewaltlos. Er extrahiert vier Prädiktoren für einen ungünstigen Therapieverlauf: Niedriges Alter bei Aufnahme, niedriges Alter bei der 1. Straftat, Abbruch einer Entwöhnungsbehandlung in der Vor-

geschichte und geringer Ausprägungsgrad der Sucht. Dagegen zeigen sich geringe Zusammenhänge bei Vorstrafenbelastung und Hafterfahrung.

Häufig kommt es im Vorfeld von Therapieabbrüchen zu erneuten Straftaten. Gerade Drogenabhängige fallen hier mit Beschaffungskriminalität auf, die allerdings nur bei einem geringen Teil angezeigt wird (Seifert & Leygraf, 1999). Entweichungen oder Suchtmittelrückfälle sind weitere Vorläufer eines Therapieabbruchs. Drogen- oder Alkoholorückfälle, meist mehrmals, werden bei gut 1/3 der Patienten beschrieben (Bischoff-Mews, 1998; Koch, 1988; Seifert & Leygraf, 1999).

Bei etwa 15 % der Alkoholabhängigen kommen Entweichungen – überwiegend handelt es sich hier um einmalige Ereignisse – vor (Bischoff-Mews, 1998; Koch, 1988). Nur ein geringfügiger Teil wird dabei erneut straffällig, Suchtmittelrückfälle gibt es dagegen während einer Flucht häufiger (Koch, 1988).

In der Studie von Seifert und Leygraf (1999) mit 144 Drogenabhängigen wird nach Fluchtart unterschieden. Bei 7.6 % aller Probanden kommt es zu Entweichungen, (gewaltsame) Ausbrüche gibt es mit 1.4 % deutlich weniger. 6.2 % kehren nach einer Lockerung nicht freiwillig zurück. Dies geschehe allerdings bis zu vier Mal.

Resümierend kann man festhalten, dass ein Großteil der Suchtpatienten nie entweicht. In der bundesweiten Stichtagserhebung an 727 alkohol- und drogenabhängigen Patienten bleiben 63 % diesbezüglich unauffällig (von der Haar, 1995). Entweichungen sind überwiegend Lockerungsmissbräuche, also aus einer Beurlaubung heraus, häufig in Zusammenhang mit einem Suchtmittelrückfall. Nur bei wenigen Patienten, von der Haar (1995) spricht von 8 %, ist ein Strafverfahren anhängig.

Suchtmittelrückfälle verdienen ebenfalls eine differenzierte Betrachtung. Sie können Oppositionsverhalten widerspiegeln, aus Überforderungen resultieren oder mit falscher Selbsteinschätzung einhergehen. Aber auch hier bleibt ein großer Anteil Suchtkranker unauffällig, nach von der Haar (1995) 46%. Schalast (2000) fragt seine alkohol- und drogenabhängigen Probanden nach potentiellen Motiven der Suchtmittelrückfälligkeit: Alkoholranke verbinden damit eher eine Bewältigung innerer Spannungszustände bzw. eine Reaktion auf frustrane Erlebnisse. Drogenabhängige dagegen scheinen unabhängig davon zu heimlichem Konsum zu neigen; der Zwangscharakter der Therapie könnte ein Motivierungsfaktor in der Richtung sein, auf versteckten Wegen an Drogen zu kommen.

2.1.4.9 § 64 StGB: Entlassung und Nachsorge

Analog der allgemein hohen Abbruchsquote liegt die Entlassquote nur bei etwa 40 bis 70 % (Bischoff-Mews, 1998). Im Gegensatz zu § 63 StGB-Klientel spielen komplementäre Versorgungseinheiten eine geringe Rolle (Pozsár, 2001). Dies gilt insbesondere für die Drogenabhängigen. In einer reinen Alkoholikerstichprobe (N = 53) werden immerhin 22 % in eine Fachklinik zur Langzeitentwöhnungsbehandlung und 8 % in ein Heim entlassen, 70 % können eine eigene Wohnung beziehen (Bischoff-Mews, 1998).

Das Ziel der Entlassungsvorbereitung ist eine soziale Einbettung mit Arbeitsplatz und Wohnung als Fundament (Mainz, 1995). Auch die häufig vorliegenden Beziehungsstörungen müssen bearbeitet worden sein, um Partnerschaften und Familienkontakte als Stabilisatoren aufbauen zu können (a. a. O.). Und dennoch ist bei Entlassung die Lebenssituation trotz entsprechender Vorbereitung schwierig. Viele Patienten schaffen es nicht, einen geeigneten Arbeitsplatz zu finden, auch wenn sich das Verhältnis von Erwerbstätigkeit und -losigkeit im Vergleich zur prästationären Lebenssituation umkehrt (Römer et al., 2002). In der Studie von Koch (1988) mit 97 Alkoholabhängigen haben 70 % zum Entlassungszeitpunkt keine Arbeit.

Bei bedingter Entlassung steht der Patient unter Führungsaufsicht und bekommt einen Bewährungshelfer an die Seite gestellt. Beinahe allen Entlassenen werden bestimmte Auflagen wie Fernhalten von der Drogenszene, Verbot von Alkohol- bzw. Drogenkonsum, regelmäßige Blut- oder Urinuntersuchungen auf Alkoholismusmarker und Drogenabbauprodukte etc. erteilt. Ebenso wird häufig eine ambulante Nachsorgebehandlung bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten, einer Suchtberatungsstelle oder der Klinikambulanz angeordnet (a. a. O.).

2.2 Prognosen

2.2.1 Stellenwert von Prognosen im Maßregelvollzug

Prognosen spielen allgemein im Strafrecht, aber auch im Maßregelvollzug eine große Rolle. Die Auswahl der Sanktion orientiert sich an den Erwartungen an das zukünftige Verhalten und ihrer Wirkung auf dieses Verhalten (Dahle, 2006 a). Während des Vollzugs bilden sie die Grundlage für die Gestaltung des Behandlungssettings, der Therapieplanung und nicht zuletzt der Lockerungsentscheidungen. Eine Entlassung stützt sich ebenfalls auf eine positive Legalprognose (Dahle, 1997; Kielisch, 2003). Sie gehören daher zu den „Alltagsaufgaben“ (Groß, 2004, S. 1) klinisch Tätiger. Noch immer sind sie aber eine der schwierigsten Aufgaben (Seifert, 2007). Das Ziel von Prognosen ist das Erkennen der Gefahr und damit letztendlich die Verhütung weiterer Straftaten. Eine hohe Zuverlässigkeit der Prognose ist umso mehr von Bedeutung, da die Entscheidungsfolgen für beide Seiten gravierend sein können (Dahle, 1997): Erhebliche Einschränkungen der Freiheit des betroffenen Straftäters vs. Schutz der Allgemeinheit bzw. potentieller Opfer.

Verhaltensprognosen sind „Zusammenhangserwartungen“ (Dahle, 1997, S. 121) zwischen individuellen Merkmalen, situationalen Rahmenbedingungen und Zielverhalten. Ihre Zuverlässigkeit hängt von der Güte der herangezogenen Theorien, der Relevanz für den Einzelfall (Spezifität), ihrem Erschöpfungsgrad bei der Erfassung der individuell relevanten Zusammenhänge und der inneren Widerspruchsfreiheit ab (Dahle, 2006 a). Sie gilt als komplexe Aufgabe mit hohen fachlichen Anforderungen. Dabei kann es keine irrtumsfreien Vorhersagen geben, da gerade die situationalen Rahmenbedingungen als determinierende Faktoren menschlichen Verhaltens nur eingeschränkt vorhersagbar sind (a. a. O.). Lediglich geschätzte 30 % der Varianz sind nach Gretenkord (2001) aufklärbar. Faktoren, die in der Zukunft liegen oder überhaupt nicht erfassbar sind, machen den restlichen Varianzanteil aus (Nedopil, 2001). Seifert (2007) betont, dass es gerade für die Gefährlichkeitsprognose bei Entlassung aus dem Maßregelvollzug wichtig wäre, externe Faktoren für delinquentes Verhalten einzubeziehen. Insbesondere das protektive Potential einer qualitativ guten Nachsorge müsste mehr beachtet werden.

Der Prognostiker steht zudem vor dem Problem, dass keine umfassenden und erklärenden Handlungs- und Kriminalitätstheorien vorhanden sind. Lediglich Ausschnitte des kriminellen Verhaltens werden in den Erklärungskonzepten beleuchtet: Eingee-

schränkte Verhaltensphänomene (Deliktarten) und Geltungsbereiche (Alters-, Geschlechtsgruppen etc.) sowie personenbezogene Einzelaspekte (Temperament, Sozialisation etc.). Dahle (2006 a) spricht von einer Konzentration der bestehenden Kriminalitätstheorien auf die klassische Kriminalität. Straftäter mit psychischen Störungen und extremen Belastungssituationen bleiben weitgehend unberücksichtigt.

Defizite bei empirischen Erkenntnissen stehen im Kontrast zum Ausmaß der geforderten Prognosestellungen im Klinikalltag (Seifert, 2007). Leygraf (2000) kritisiert einen Mangel an konkreten, prognostisch relevanten Kriterien für klinische Kriminalprognosen. Im Klinikalltag werden u. a. in den Stellungnahmen zum Verlauf der Unterbringung (halbjährlich oder jährlich, abhängig von der Rechtsgrundlage), aber auch im Tagesgeschäft prognostische Aussagen gefordert. Dabei kommt es nicht selten zu einer Kriteriumsreduktion auf Anpassungsleistungen o. ä., während Einschätzungen der Rückfallwahrscheinlichkeit nicht oder rein intuitiv bzw. auf klinische Erfahrung gestützt getroffen werden (Gretenkord, 2001).

Die Prognosen weisen nicht nur deshalb einen hohen Grad an Urteilsfehlern auf. Sie werden intuitiv getroffen, es gibt keine Systematik, die eine externe Qualitätskontrolle möglich machen (Dahle, 1997). Der Umgang mit Informationen ist nicht ausgewogen; Dahle spricht von der „Einseitigkeit der Optik“ (a. a. O., S. 131). Systematische Fehlerquellen dieses Vorgehens können mit Hilfe der psychologischen Attributionsforschung erklärt werden. Phänomene wie Überbewertungen i. S. von recency bzw. primacy Effekt sowie des Halo-Effektes sind hierbei relevant (a. a. O.). Auch Aspekte der self-fulfilling prophecy reduzieren die Aussagekraft des prognostischen Vorgehens (Gretenkord, 2001). Besonders gravierend ist dabei die mangelhafte Feedbackschleife. Basis der intuitiven Prognose ist die Erfahrung, die allerdings wegen fehlender umfassender Rückmeldung der Entscheidungsfolgen verzerrt ist, da bei einer ungünstigen Prognose keine Entlassung möglich ist und diese somit in ihrer Gültigkeit nicht überprüft werden kann (Nedopil, 2001).

Generell gilt die mangelnde Überprüfbarkeit der Prognosen als Qualitätsproblem. Daher richtet sich das wissenschaftliche Interesse vermehrt auf Methoden zur Auslotung von Möglichkeiten, die die Treffsicherheit z. B. über wiederholte prognostische Einschätzungen während einer Therapie und deren Überprüfung (intra- und extramural, z. B. durch Katamnesestudien) verbessern (Kielisch, 2003).

2.2.2 Prognoseforschung und Prognosemethoden

Die Prognosestellung ist national wie international ein komplexes Problem (Seifert, Jahn & Bolten, 2001). Die Prognoseforschung, von Gretenkord (2001) übersichtlich dargelegt, beginnt mit den Prognosetafeln, wie sie z. B. Burgess 1928 vorstellt. Er verteilt Gutpunkte für günstige Faktoren, die in ihrer Addition einen Hinweis auf die Legalbewährung geben. In Deutschland bringt Schiedt 1936 erstmals eine derartige Tafel i. S. des Punkteverfahrens heraus. Mit der Gewichtung von Faktoren geht die Arbeitsgruppe um das Ehepaar Glueck (ab 1925) einen Schritt weiter. Brückner führt 1958 Schlechtpunkte je nach Faktor und Ausprägungsgrad ein. Strukturprognosetafeln versuchen das Manko aufzuheben, dass Interdependenzen und Korrelationen nicht berücksichtigt werden. Die vollständig regelgeleitete Beurteilung, bei der die Individualprognose auf den Rückfallquoten der zugeordneten Risikogruppe basiert, hat den Vorteil, sehr transparent, nachvollziehbar, überprüfbar und objektiv zu sein (Dahle, 1997). Der Nachteil von statistischen Prognosen, die einer nomothetischen Methodik folgen, liegt u. a. in der unzureichenden Berücksichtigung individueller Besonderheiten und der Konzentration auf die forensische Anamnese.

In Deutschland gewinnt diese Methode im Zuge der kriminalpolitischen Debatte über Rückfälle, die 1998 im Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten ihren Niederschlag findet, an Bedeutung (Dahle, 2006 a). In den 80er Jahren besteht ein hoher Bedarf an praktikablen Kriterienlisten. Sie sind Ausdruck der Erkenntnis, dass nicht die Delinquenz an sich vorhergesagt werden kann, sondern Risikofaktoren extrahiert werden müssen, die mit einer strafbaren Handlung in Verbindung stehen (Nedopil, 2001). Dabei handelt es sich weniger um Messinstrumente, sondern um Merkmalslisten, die statische und dynamische Prädiktoren enthalten. Statische Aspekte betreffen Anamnese, kriminologische Faktoren und persönlichkeitsgebundene Dispositionen. Dynamische Prädiktoren lassen sich in fixierte (Fehlhaltungen, risikoreiche Reaktionsmuster etc.) und aktuelle, sich ändernde Merkmale (klinische Symptomatik, situative Einstellungen / Verhalten, Leugnen früherer Taten, Fehlen von Schuld und Reue etc.) unterscheiden. Nedopil (2001) betont, dass gerade bei einer Einweisung diese Aufteilung von Bedeutung ist; überwiegen die statischen Negativprädiktoren, kann keine günstige Prognose gestellt werden, da die Chancen durch eine Therapie nicht verbesserbar sind.

Der von der Arbeitsgruppe um Webster entwickelte HCR-20 („Historical-Clinical-Risk-Management 20 Item-Schema“, Webster & Eaves, 1995) ist ein Beispiel derartiger Instrumente (Dahle, 2006 a; Kielisch, 2003). Er wird bei Straftätern mit einer psychi-

schen Störung zur Vorhersage von Gewalttaten verwendet und unterscheidet drei Itemgruppen: Historische und klinische sowie Risiko-Variablen. Der LSI-R („Level of Service Inventory-Revised“), den die nordamerikanische Arbeitsgruppe um Don Andrews in den 90er Jahren vorlegt, ist gedacht als allgemeines Rückfallprognoseinstrument (Dahle, 2006 a, b). Aus 54 Items zu zehn Risikobereichen können individuelle Risiko-profile erstellt werden, die auch Aussagen über den Behandlungsbedarf erlauben. Damit ist dieses Verfahren insbesondere zur behandlungsorientierten Risiko- und Defizitdiagnose geeignet. Speziell für die Gewaltrückfallprognose von Maßregelvollzugspatienten legt Gretenkord (2001) den EFP-63 („Empirisch fundierte Prognosestellung im Maßregelvollzug nach § 63 StGB“) vor. Er versucht, ein praxisrelevantes und anwendbares Instrumentarium zu schaffen, um dem Prognostiker vor Ort eine solide und auf multivariaten Auswertungen basierende Datengrundlage zur Vorhersage der Rückfallwahrscheinlichkeit zu geben. Im EFP-63 werden drei Variablen (Persönlichkeitsstörung, Vorbelastung mit Gewaltdelikt und mindestens zweimal gewalttätig in der Behandlung) in Verbindung mit dem Entlassungsalter als prognostisch relevant betrachtet (vgl. Tab. 2.5).

Tabelle 2.5: Rückfallwahrscheinlichkeiten für ein neues Gewaltdelikt mit Freiheitsentzug (Gretenkord, 2001)

Faktor			Rückfallwahrscheinlichkeit bei einem Entlassungsalter von (in Zehnjahresschritten)...				
<i>Persönlichkeitsstörung</i>	<i>Vorbelastung mit Gewaltdelikt</i>	<i>Mindestens 2x gewalttätig in der Therapie</i>	<i>20 Jahre</i>	<i>30 Jahre</i>	<i>40 Jahre</i>	<i>50 Jahre</i>	<i>60 Jahre</i>
Nein	Nein	Nein	6 %	4 %	2 %	1 %	1 %
		Ja	17 %	11 %	6 %	4 %	2 %
	Ja	Nein	15 %	9 %	6 %	3 %	2 %
		Ja	37 %	25 %	16 %	10 %	6 %
Ja	Nein	Nein	16 %	10 %	6 %	4 %	2 %
		Ja	39 %	27 %	18 %	11 %	7 %
	Ja	Nein	36 %	25 %	16 %	19 %	6 %
		Ja	65 %	52 %	38 %	27 %	17 %

Kritisiert wird bei diesen Verfahren die Gefahr der Vereinfachung und der Verlust der individuellen Betrachtungsweise (Seifert, Jahn & Bolten, 2001). Dahle (2006 a) gibt zudem beim EFP-63 zu bedenken, dass es eine höhere Stichprobenabhängigkeit bei Verfahren für den Maßregelvollzug, regionale Spezifika und differentielle Behandlungseffekte gibt. Gretenkord (2001) selbst nimmt einige Kritikpunkte auf und betont u. a., dass die Anwendung derartiger Instrumente nur in die Hände geschulter Fachleute gehört.

Speziell für Sexualdelinquente ist der SVR-20 („Sexual Violence Risk Schema“, ursprünglich 1997 von Boer, Hart, Kropp & Webster vorgelegt, von Müller-Isberner, Cabeza & Eucker [2000] auf deutsch publiziert), der mit dem HCR-20 verwandt ist, konzipiert. Dahle (2006 a) kritisiert auch hier Anwendungsprobleme, insbesondere die unterschiedliche Sensibilität bezüglich verschiedener Subgruppen von Sexualstraftätern.

Ein theorieorientiertes Vorgehen stellt der PCL-R, die Psychopathy Checklist Revised von Hare vor. Mit 20 Items ist er umfangreich und basiert inhaltlich auf dem Persönlichkeitskonstrukt Psychopathy, das 1976 von Cleckley entwickelt wurde (a. a. O.). Als Prognoseinstrument eignet sich der PCL-R nur bedingt, da er nach Ansicht von Dahle (2006 a) eher eine Persönlichkeitsskala zur Psychopathie-Diagnose darstellt. Auch kritisiert der Autor die geringe Reichweite, da nicht alle potentiell kriminogenen Risikogruppen erfasst werden.

In einer vergleichenden Studie mit LSI-R, HCR-20 und PCL-R an einer unselektierten deutschen Stichprobe von ehemaligen Strafgefangenen kann Dahle (2006 b) zeigen, dass die Instrumente mit leichten Anpassungen auch in Deutschland reliabel anwendbar sind. Dennoch warnt Bliesener (2007) vor einer direkten Übertragung von Norm- oder Grenzwerten. Die Verfahren „befinden sich noch in der Erprobungsphase der systematischen Validierung“ (a. a. O., S. 334).

In Abgrenzung von der intuitiven Prognosemethode gelingt es mit der klinischen Prognose als weitere, eher idiographischen Methode, an der Einzelperson orientiert zu bleiben, aber regelgeleitet vorzugehen. Vier Dimensionen werden bei Erstellung der Prognose berücksichtigt: Auslösetat, Persönlichkeit / Krankheit, Verhalten während der Unterbringung und Entlassperspektiven. Die Grundlagen der Aussage sind theoretisch fundiert und empirisch abgesichert, es besteht ein Mindestmaß an wissenschaftlicher Kontrollierbarkeit (Dahle, 1997; 2006 a). Ihre Grenzen liegen in einer geringen Transparenz und Nachvollziehbarkeit. Auch bietet sie keine Grundlage für die Einschätzung der Größenordnung der Wahrscheinlichkeitsverhältnisse des vorherzusagenden Ereignis-

nisses (Dahle, 2006 a). Ähnlich wie bei der intuitiven Prognose muss kritisiert werden, dass subjektive Erfahrungen entscheidenden Einfluss auf die Qualität der Prognose haben (Nowara, 1993). Als Gegenargument zu der allgemeinen Tendenz, sich von der klinischen Methode zu entfernen, gibt Seifert (2007) zu bedenken, dass auch Prognoseinstrumente problematisch sind: Es besteht die Gefahr der Vereinfachung, der therapeutische Einfluss wird zu wenig berücksichtigt und nicht zuletzt sind klinische Merkmale generell schwer zu operationalisieren. Auch zeigt die Essener Prognosestudie, dass Therapeuten – zumindest zum Entlasszeitpunkt, also nach intensiver Beschäftigung mit einer möglichen Entlassung bzw. der Gefährlichkeitsprognose des Betroffenen – gut in der Lage sind, die Wahrscheinlichkeit eines weniger gravierenden Deliktrückfalls vorzusagen (a. a. O.).

Die „Individualisierung des statistischen Ansatzes“ (Dahle, 1997, S. 133) bestimmt nun einen neuen Trend der Prognoseerstellung. Das Vorgehen gliedert sich in zwei Stufen. Auf Grundlage eines empirisch fundierten Merkmalsets wird eine klinische Beurteilung vorgenommen. Hohe Transparenz, Schutz vor Kriterienreduktion und Irrtümern bei der Einschätzung der tatsächlichen Basisraten und ein hohes Maß an Individuumsorientierung bilden die Vorteile (a. a. O.). Von einigen Forschern werden allgemeine Rahmenkonzepte vorgelegt, die eine strukturierte Grundlage für diagnostische Teilaufgaben bieten. Dahle (2006 a) nennt diese die dimensional Verfahrenswesen der klinisch-idiographischen Methoden. Die Methodik bietet einen universellen Rahmen und ist nicht auf bestimmte Problembereiche beschränkt. Sie beschreibt die notwendigen Denkschritte und Problemstellungen. Analyse der Vordelinquenz, Querschnitt der Persönlichkeit (Diagnostik), Entwicklung seit letzter Tat, Perspektiven / Außenorientierung sind die zu untersuchenden Dimensionen (Dahle, 1997; 2006 a). Der Kriterienkatalog von Dittmann (Ermer & Dittmann, 2001), der zur Beurteilung des Rückfallrisikos besonders gefährlicher Straftäter der Fachkommissionen des Strafvollzugskonkordats der Nordwest-, Innerschweiz 1999 entwickelt wurde, differenziert die zu einer Gesamtschau zusammenzutragenden Analyseschritte: Einsicht des Täters, soziale Kompetenz, spezifisches Konfliktverhalten, allgemeine und reale Therapiemöglichkeiten, Therapiebereitschaft u. a. Von Vorteil ist, dass der Prognoseprozess mit der sog. Dittman-Liste transparenter ist und zudem eine umfassendere Analyse gefordert wird (Dahle, 1997, 2006 a). Einschränkend führt Dahle (2006 a) aus, dass die methodische Ausrichtung begrenzt ist und die Dimensionen ohne Klärung der Verknüpfungsart nebeneinander stehen.

Das noch junge Instrument FOTRES („Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System“) stammt ebenfalls aus der Schweiz. Berücksichtigt werden u. a. Aspekte der Delinquenz, aber eben auch der Therapie (Seifert, 2007). Seifert kritisiert, dass noch keine Reliabilitäts- und Validitätsanalysen vorliegen.

Dahle (2006 a) legt ein allgemeines Strukturmodell der klinisch-prognostischen Urteilsbildung vor, das in der Vorgabe diagnostischer Teilaufgaben und der Charakterisierung von inhaltlichen und strukturellen Zusammenhängen bisherige Modelle weiterführt. Die Prognose ist schließlich die übergreifende Synthese. Bestätigt aus seiner Vergleichsstudie mit den international renommierten statistischen Instrumenten wie LSI-R oder HCR-20 fasst er zusammen, dass die zuverlässigste Strategie in zwei Stufen gegliedert ist, die zum einen die empirisch belegten Zusammenhänge aus den vorliegenden Instrumenten systematisch berücksichtigt und zum anderen eine hierauf aufbauende individuelle Beurteilung anschließt (Dahle & Kahnt, 2006).

Grundsätzlich beeinflussen die Basisrate als Grundrate bzw. Prävalenz und die Selektionsrate als Auswahlrate die Qualität von Prognosen (Dahle, 2006 a). Die Basisrate meint den Anteil derjenigen Personen innerhalb einer interessierenden Population, für die das zu prognostizierende Ereignis eintreffen wird. Dabei muss eine relevante Grundgesamtheit und ein geeigneter Geltungszeitraum gewählt werden. Allgemein problematisch ist, dass mit zunehmendem Zeitraum das Risiko unvorhersehbarer Lebensereignisse steigt und somit die Treffgenauigkeit sinkt (Dahle, 2006 a; Monahan, 1978). Groß (2004) betont, dass gerade ein langer Zeitraum die Basisrate an Bedeutung gewinnen lässt, da der Einfluss situationsgebundener Faktoren zunehmend geringer wird. Die Höhe der Basisrate beeinflusst die Güte von Prognosen derart, dass hohe Basisraten zu Unterschätzung und niedrige Basisraten zu Überschätzung des Risikos führen (Nedopil, 2001). Gerade die niedrigen Basisraten diverser Deliktarten – wie Gewaltdelinquenz – machen die Vorhersagbarkeit schwierig (Seifert, Jahn & Bolten, 2001).

Das grundsätzliche Problem der Validitätsprüfung von Prognosen besteht in der selektiven Rückmeldung über den weiteren Werdegang der Patienten, da bei einer ungünstigen Prognose keine Entlassung aus dem Maßregelvollzug stattfindet (Nedopil, 2001; Nowara, 1993). Es sind nur Aussagen über false negatives möglich; also über straffällige Patienten, bei denen in der Entlassprognose keine weiteren Straftaten erwartet worden waren. Dagegen kann nicht überprüft werden, wie sich Patienten verhalten würden, bei denen eine ungünstige Prognose erstellt wurde und die in der Unterbrin-

gung verbleiben müssen (Fehler: false positives). Nowara (1993) kritisiert generell die mangelnde Rückmeldung an den Beurteiler. Nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug besteht meist kein Kontakt mehr zwischen Therapeut und Patient. Die Fälle, die den Mitarbeitern bekannt werden, sind rückkehrende Bewährungsversager. Daher wird die Zahl der Rückfälligen auch eher überschätzt. Unbekannt bleiben zum einen die, die sich erfolgreich bewähren und daher nicht mehr in die Klinik zurückkommen; zum anderen die, die aufgrund einer ungünstigen Prognose in der Klinik verbleiben müssen und daher ihre „Ungefährlichkeit naturgemäß nicht unter Beweis stellen“ können (a. a. O., S. 37). Trotz aller Weiterentwicklungen und Forschungsbemühungen, die sich in neuerer Zeit vermehrt um Kontextbedingungen bei Rückfälligkeit und Differenzierungen der Prognosefragen kümmern, gibt es wenig wissenschaftlich fundiertes Wissen um die Legalprognose. Der „Mangel an empirischen Erkenntnissen kontrastiert mit dem Bedarf an prognostischen Entscheidungen in der forensischen Praxis“ (Seifert, Jahn & Bolten, 2001, S. 247).

2.2.3 Rückfall- und Prognosestudien

Das Interesse von Rückfall- bzw. Prognosestudien lässt sich mit der Frage, „warum scheitert die Wiedereingliederung?“, pointiert beschreiben (Seifert, Bolten & Möller-Mussavi, 2003). Sie versuchen, Risikomerkmale zu erfassen und relevante Prognosemerkmale zu evaluieren. Die in klinischen Studien enthaltenen Items können drei Bereichen zugeordnet werden (Hoffmann, Weithmann & Rothenbacher, 1992). Background- oder Intake-Variablen beschreiben die Situation und den Zustand vor Therapiebeginn. Therapievariablen beziehen sich auf Therapielänge, Therapieverlauf, Therapiebausteine etc. Mit kontextuellen Variablen wird versucht, die Zeit nach Therapieende zu erfassen.

Als Rezidivrate wird der Anteil Rückfälliger aus der Gesamtpopulation definiert (Groß, 2004). Allgemeine Rezidive sind alle neuen Delikte, unter einschlägigen Rezidiven dagegen versteht man neue, mit der vorher verübten Straftat vergleichbare Delikte. Ob eine derartige Unterscheidung sinnvoll ist, entscheidet die Studienintention. Zur Frage der Gefährlichkeit eines Straftäters ist sie eher zu vernachlässigen, da es letztendlich nicht entscheidend ist, ob z. B. ein Sexualstraftäter mit einer Vergewaltigung oder mit einem Tötungsdelikt erneut auffällig wird (a. a. O.).

Rückfallstatistiken bei Straftätern – im Gegensatz zu Strafverfolgungstatistiken mit rein entscheidungsbezogenen Betrachtungen handelt es sich hier um Personenstatistiken, bei der jede Person nur einmal gezählt wird – haben einige spezifische Schwierig-

keiten. Die Beobachtungszeiträume sind häufig sehr kurz, innerhalb der Untersuchungsstichprobe finden sich unterschiedlich lange Zeiträume, die Personengruppe ist hochselektiv und es kommt zu Verzerrungen bei polytroper Delinquenz, da nur einschlägige Delikte als Rückfallkriterium gewertet werden (Dahle, 2006 a). Berner und Karlick-Bolten (1986) geben am Beispiel von Sexualdelinquenz Länderunterschiede bei strafrechtlichen Sanktionen als Grund für divergierende Rückfallraten an. Weiter verlieren diese Statistiken an Aussagekraft, da unvollständiges Anzeigeverhalten sowie Aufklärungsdefizite ein erhebliches Dunkelfeld vermuten lassen (Dahle, 2006 a). Die Time-at-risk-Problematik muss ebenfalls als Negativaspekt erwähnt werden, d. h. es wird nicht berücksichtigt, ob und wie lange ein Straftäter in Freiheit gelebt hat (Groß, 2004). Dies ist gerade bei kurzen Beobachtungszeiträumen von Bedeutung. Weiter kommt es zu einer Selektion, da nur Niedrigrisikogruppen untersucht werden können. Die als hoch gefährlich Eingestuften verbleiben länger in Haft und sind somit bei Entlassung älter, was zu Alterseffekten in den Statistiken führt. Dahle (2006 a) nennt schließlich in seiner Aufzählung noch unbekannte Todesfälle als verzerrenden Aspekt. Aufgrund dieser Defizite beurteilt er die Statistiken als nur bedingt geeignet, um eine Grundlage für die Einschätzung der Basisraten bei Delikt-Rückfälligkeit zu bieten. Die bundesweite Rückfallstatistik des Bundesministeriums der Justiz, eine Analyse der Bundeszentralregister, legt selbst einige ihrer Schwächen dar (Jehle, Heinz & Sutterer, 2003): Rechtskräftige Verurteilungen sind zum Erhebungsstichtag noch nicht eingetragen bzw. die Entscheidung ist noch nicht rechtskräftig (BZR-Ausfälle), jede Person wird nur einmal gezählt, auch wenn sie mehrfach straffällig ist (Personenstatistik), Dunkelfeld der amtlich nicht erfassten Straftaten, Rückfallunfähige wie z. B. im Ausland Lebende werden nicht aus der Statistik genommen (Überschätzung des Anteils Nichtrückfälliger) und schließlich Verzerrungen aufgrund der Tilgungs- und Löschvorschriften der §§ 45 ff BZRG. Dennoch sind solche Statistiken bisher die einzige Möglichkeit, Legalbewährung bei großen Straftäter-Populationen zu untersuchen und müssen somit als Vergleichsdaten herangezogen werden (Dahle, 2006 a).

Zusammenfassende Ergebnisse diverser Untersuchungsergebnisse aus der Berliner CRIME-Studie, eine anhand eines Ausgangskollektivs von 397 männlichen Strafhaftgefangenen über 25 Jahre andauernde Verlaufsbeobachtung, liefert Dahle (2001, 2006 a; Dahle & Kahnt, 2006). Clusteranalytische Auswertungen identifizieren verschiedene Verlaufstypen. Unter Frühdelinquente werden Täter mit jungem Delinquenzbeginn und polytroper Delinquenz gefasst. Sie lassen sich differenzieren in Jungaktive

(16 % der Gesamtklientel), die aus schwierigen sozialen Schichten mit multiproblembelasteten Familien stammen und bereits früh Kontakte zu delinquenten Jugendlichen haben; der Gipfel der delinquenten Aktivität hinsichtlich Qualität und Quantität liegt bei 25 Jahren. Altersbegrenzte Intensivtäter (11 % der Gesamtklientel) fallen mit biologischen Risikofaktoren, frühen Verhaltensstörungen und schulischem Scheitern auf. Sie erreichen in der Deliktschwere ihren Höhepunkt um das 30. Lebensjahr und werden häufig nach dem 35. Geburtstag und einer langjährigen Haftstrafe nicht mehr rückfällig. Als letzte Untergruppe nennt Dahle die lebenslang persistierenden Intensivtäter (13 % der Gesamtklientel). Diese weisen unterschiedlichste Risikofaktoren bei gleichzeitigem Fehlen potentieller Schutzfaktoren auf. Es gibt gehäuft frühe Verhaltensstörungen, Familienprobleme, schulisches Scheitern und schließlich Institutionalisierung. Ihre in Haft verbrachte Lebenszeit ist deutlich höher als bei anderen Tätergruppen. Verteilungsgipfel in Delikthäufigkeit bzw. -schwere lassen sich nicht eruieren. Im Gegensatz zu diesen drei Untergruppen werden Gelegenheitstäter und Späteinsteiger durchschnittlich erst mit 24 Jahren auffällig und sind in ihrer Delinquenzaktivität eher monotrop. Erstere bilden die größte Gruppe (47 % der Gesamtklientel). Unter ihnen lassen sich Täter finden, die nur einmal strafrechtlich auffällig werden, aber auch Probanden mit fortwährender, aber geringfügiger, mit Geldstrafe geahndeter Delinquenz. Im Vorfeld der Straftat erleben sie oft eine Lebenskrise und / oder ein belastendes Ereignis. Späteinsteiger (13 % der Gesamtklientel), die sich z. T. rational für die strafbare Handlung entscheiden, weisen eine überwiegend strafrechtlich unauffällige Entwicklung auf und werden erst bis zum Alter von 35 bis 40 Jahren kriminell. Im weiteren Verlauf nimmt die strafrechtlich relevante Aktivität nur langsam ab. Aus diesen Ergebnissen kann man ableiten, dass für die Prognoseerstellung der Faktor Alter nur bedingt geeignet ist, da es zu deutlichen Variationen von Kriminalitäts- und Rückfallrisiken in unterschiedlichen Lebensphasen kommt.

Ein weiteres Studienresultat ist der moderate, aber stabile Einfluss von Straftäterbehandlung auf die Rückfälligkeit. Die Effekte sind allerdings in den Straftätergruppen unterschiedlich; so haben Patienten mit früher Delinquenz ebenso wie Sexualstraftäter schlechtere Ergebnisse, wie Dahle (2006 a) zusammenfasst. Als dritte Gruppe, die aufgrund der Ergebnisse als Hochrisikogruppe gelten müssen, werden ehemalige Patienten, deren Therapie abgebrochen wurde, gezählt.

Die Forschung bezieht sich meist auf Risikofaktoren, obwohl auch protektive Faktoren einen Einfluss auf die Rückfallwahrscheinlichkeit haben (Nedopil, 2001). Insbesondere ist über Schutzfaktoren bei psychisch kranken Straftätern wenig bekannt. Ein we-

sentlicher Schutzfaktor, der gerade bei Drogenabhängigen wirkt, wird mit dem Begriff Resilienz umschrieben: Unkomplizierte, positive Lebenseinstellung mit positiven Reaktionen des Umfelds, Fähigkeit zur Distanzierung von negativen Einflüssen, Fähigkeit zur Empathie etc. (a. a. O.). Bei Jugendlichen kommen weitere protektive Faktoren in Frage: Sichere Bindung, emotionale Zuwendung, aktives Bewältigungsverhalten etc. Wie diese oder andere positiven Faktoren bei straffälligen Erwachsenen mit klinisch relevanten Auffälligkeiten wirken, ist aber noch nicht hinreichend untersucht.

2.3 Katamnese Studien

2.3.1 Intention und Methode

Im Qualitätssicherungsprozess kommen neben einer systematischen Therapieevaluation und einer standardisierten Basisdokumentation auch katamnestiche Untersuchungen zur Anwendung (Römer et al., 2002). Als Instrumente zur Bewertung von Therapieprogrammen ermöglichen sie eine realistische Erfolgserwartung, bieten die Grundlage zur Therapieverbesserung, erlauben eine differenzierte Indikationsstellung und gelten nicht zuletzt als Kontroll- und Legitimationsinstrument (Dimmeck & Duncker, 1996; Hoffmann et al., 1992; Klink, Waldow, Jaroszek & Trömel, 1984; Römer et al., 2002). Im strafrechtlichen Kontext können die Ergebnisse mit denen aus Straftatentlassenen-Studien verglichen, regionale Unterschiede dargestellt und nicht zuletzt ein Beitrag zur Aufklärung der Öffentlichkeit geleistet werden (Dimmeck & Duncker, 1996).

In Abhängigkeit der zugrunde liegenden Intention gehen sie meist über reine Rückfallstatistiken hinaus. Mit ihnen wird versucht, nicht nur prognostisch relevante Merkmale zu finden, sondern auch Therapie- bzw. Krankheitsverläufe an sich abzubilden. Dabei ist es von Bedeutung, die Interaktion zwischen Organisationsstruktur, Personalaspekten (fachliche Qualifikation, berufliches Selbstverständnis) mit Behandlungsmöglichkeiten und -erfolgen bzw. das Zusammenspiel zwischen methodischen Behandlungsinventar und Behandlungsbereitschaft beim Patienten wahrzunehmen (Steller, 2003). Dies weist auf die Besonderheit der Qualitätssicherung im klinischen – insbesondere psychotherapeutischen – Kontext hin: „Der Gestaltung der konkreten Praxis, der Ebene der *Prozessqualität*, kommt ... ein höherer Stellenwert zu ... (Fischer, Barwinski & Eichenberg, 2007, S. 453).

Die Möglichkeiten einer Standardisierung der Studien insbesondere im Suchtbereich wird unterschiedlich diskutiert. Auf der einen Seite kritisiert man die fehlende Vergleichbarkeit, andererseits sprechen die beliebige Einschränkung von Variablen, die Gültigkeit verschiedener Erfolgsmaße u. a. m. gegen eine Vereinheitlichung (Funke & Krampen, 1985; Schmitz, 1993). Funke und Krampen (1985) fordern eine fundierte Forschung, insbesondere, da die möglichen Konsequenzen derartiger Studien für die Kliniken nicht unerheblich sind. Sie plädieren, Standards als Check-Listen für die Studienplanung zu verwenden. Eine derartige Vorlage kann das folgende Modulsystem (vgl. Tab. 2.6) sein.

Tabelle 2.6: Dokumentationsstandards (Schmitz, 1993)

<i>Modul</i>	<i>Inhalt</i>
1. Therapieaufnahme	Soziodemographische Angaben Schule Arbeit Einkommen Sozialbeziehungen Vorstrafen Delinquenz Diagnosen etc.
2. Therapieverlauf	Grunddaten für die ambulante bzw. stationäre Behandlung spezifische Therapie-Items zum Umgang mit Lockerungen etc.
3. Therapieende	Behandlungsende Gesundheitszustand etc.
4. Katamnese	Soziodemographische Angaben (s. Therapieaufnahme) Behandlung seit Therapieende etc.

Eine besondere Problematik in der Studiendurchführung ist die Erreichbarkeit der Probanden. Die Teilnahmemotivation an derartigen Befragungen gilt generell als eher schwierig, im Suchtbereich und insbesondere im strafrechtlichen Kontext wird sie noch geringer eingeschätzt (Günthner, 2001). Mangelnde Kooperationsbereitschaft, Angst vor Sanktionen und starke Bedenken bzgl. Gewährleistung des Datenschutzes sind einige Hindernisse für die direkte Probandenbefragung. Bischoff-Mews (1998) erreicht in ihrer Studie an § 64 StGB-Untergebrachten, die postalisch angeschrieben werden, lediglich eine Rücklaufquote von 17 %. Die im Teilnahmeverhalten erkennbare Selektion erschwert die Ergebnisinterpretation zusätzlich. Beispielsweise sind in der genannten § 64 StGB-Stichprobe auffallend viele Abstinente zum Interview bereit, an Probanden mit potentiell anderen Verläufen kommt man auf diesem anonymen Wege deutlich schlechter heran. Viele Studien weichen daher auf Akten- und Fremdinformationen aus bzw. ziehen Daten aus dem Bundeszentralregister heran (Dimmek & Duncker, 1996; Günthner, 2001; Koch, 1988; Seifert et al., 2001). Die Befragung der Betroffenen selbst wird meist vermieden, da der Recherche- und Motivationsaufwand als zu hoch empfunden wird. Dieses Vorgehen bietet zwar einige praktische Vorteile, reduziert aber den Informationsgewinn auf aktenkundliche Daten. Umwelteinflüsse können auf diesem Wege kaum oder überhaupt nicht erfasst werden, obwohl ihnen einige Relevanz zugesprochen wird (Gretenkord, 2001; Hoffmann et al., 1992). Auch wenn es sich bei Daten

aus Akten und Strafregistern um sogenannte harte Daten handelt, erlauben sie wegen datenschutzrechtlich geforderter Anonymisierung keine individuelle Zuordnung. Die Informationen haben aufgrund von Tilgungsvorschriften und Dunkelfeldproblematik nur eingeschränkte Aussagekraft. Die Berichte der Bewährungshilfe bzw. in Führungsaufsichtsakten wiederum sind von unterschiedlicher Qualität, zudem werden klinische Daten nicht systematisch erfasst, so dass auch diese Informationsquelle mit Einschränkungen behaftet ist (Bischoff-Mews, 1998; Seifert, Bolten & Möller-Mussavi, 2003; Seifert, 2007).

Die Qualitätsproblematik betrifft aber auch Studien, die Krankengeschichten zur Informationsgewinnung auswerten. So bemängelt z. B. Gretenkord (2001), der die Akten von 196 Hainaer Patienten auswertet, die Diagnosenstellung: Sie ändere sich im Unterbringungsverlauf nicht nachvollziehbar häufig oder sei nur unscharf.

Andere Untersuchungen legen im Gegensatz zu Studien, die vorrangig Rückfalldaten erlangen wollen, den Schwerpunkt ausschließlich auf die subjektive Einschätzung der ehemaligen Patienten (Thier, 1990). Eine statistische Analyse ist hier nicht möglich, der Informationsgehalt damit begrenzt.

Neben den verschiedenen Wegen der Datengewinnung gibt es weitere methodische Unterschiede. Die Untersuchungszeiträume erstrecken sich von wenigen Monaten bis viele Jahre. Der richtige Zeitpunkt ist schwer zu bestimmen. Koch (1988) gibt zu bedenken, dass zwar ein ausreichender Zeitrahmen gegeben sein muss, um viele Rückfälle zu erfassen. Allerdings darf der Zeitpunkt der Follow-up-Erhebung nicht zu spät sein, da sonst ein Zusammenhang mit der Therapie unwahrscheinlicher wird. Auch wird das Teilnahmemotivationsproblem mit zunehmender Distanz immer brisanter.

Unterschiedlich sind zudem die Stichprobensammlungen. Die Untersuchungsgruppen variieren in der Rechtsgrundlagen- und Delikttrennung, entstammen Spezialstationen mit Modellcharakter oder erlauben aufgrund geringer Stichprobengröße wenig Interpretationsmöglichkeiten (Gretenkord, 2001; Leygraf, 1999; Schmitz, 1993). Im § 64-StGB-Bereich wird häufig nicht zwischen Drogen- und Alkoholabhängigen unterschieden. Die meisten Studien beziehen Therapieabbrecher nicht mit ein, was einen weiteren verzerrenden Effekt sowohl für die Beschreibung der Maßregelvollzugsklientel als auch für katamnestische Aussagen hat (Koch, 1988).

Eine Erklärung für die unterschiedliche Methodik der Datensammlung liegt in der Divergenz der Erfolgsdefinitionen. Der Gesetzgeber verbindet mit der Maßregel den Auftrag der Besserung und Sicherung (Koch, 1988). Die Katamnesestudien leiten dar-

aus zwei Erfolgsschwerpunkte ab: Rückfälligkeit / Abstinenzkriterium bzw. psychopathologischer Zustand und Legalbewährung. Allerdings erfahren sie in den Studien eine unterschiedliche Differenzierung und Gewichtung (Dimmek & Duncker, 1996; Leygraf, 1999). Es sind weitere Kriterien denkbar: Soziale Integration, Arbeitssituation, Abstinenzdauer, seelisches und körperliches Befinden etc. Gerade im Suchtbereich sind Sozialkontakte und Arbeit wichtige Prognosemerkmale (John, 1984).

Aber auch Zufriedenheitsmaße finden Einzug, da „eine Therapie, die zwar deutliche Veränderungen bewirkt, nicht jedoch zu einem befriedigenden Zustand führt, ... kaum als erfolgsversprechend bezeichnet werden [kann]“ (Michalak, Kosfelder, Meyer & Schulte, 2003, S. 102).

Schon beim Abstinenzkriterium als eines der beiden Haupterfolgsmaße machen die Studien mehr oder weniger transparente Unterschiede in der Definition von Abstinenz. Einige nutzen das Dokumentationssystem der deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie als Leitfaden und definieren Suchtmittelabstinenz entsprechend differenziert (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V., 1985, 1992). Als abstinent werden die Patienten bezeichnet, die im gesamten Katamnesezeitraum ohne Suchtmittelrückfall bleiben. Abstinente nach Rückfall sind die, die mindestens vier Monate nach Rückfälligkeit erneut substanzfrei leben. Und schließlich die Rückfälligen, denen es nicht oder nur für kurze Zeiträume gelingt, keine Suchtmittel zu konsumieren. Die Autoren schlagen nun vor, zwei Berechnungsformeln anzuwenden. Eine untere Schätzgrenze für die tatsächlich anzunehmende Abstinenzquote der Gesamtpatientenzahl erhält man, wenn alle Probanden einbezogen werden, also auch die Nichtantworter, die dann als Rückfällige definiert werden. Dagegen kommt es zur Überschätzung der Quote (obere Schätzgrenze), wenn nur die tatsächlichen Teilnehmer der Studie gezählt werden und Nichtantworter unberücksichtigt bleiben. Funke und Krampen (1985) kritisieren die konservative Berechnung der unteren Schätzgrenze, da nicht nur Rückfälligkeit, sondern auch eine lange Erhebungsdauer, große Distanz zur Therapie u. a. Motive für eine Teilnahmeverweigerung sein können. Gerade im Maßregelvollzug spielen derartige Prozesse eine Rolle, handelt es sich doch selten um eine selbstbestimmte, freiwillige Therapie.

2.3.2 Katamnesestudien im Maßregel- und Strafvollzug

Obwohl „eine der wichtigsten Fragestellungen empirischer Sanktionsforschung ... die nach der Wirkung strafrechtlicher Sanktionen [ist]“ (Dessecker, 1995, S. 36), wird sie selten überprüft. Kliniker scheuen den Aufwand, da gerade im Maßregelvollzug „die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen ... im Interesse des Patienten [ist] und ... bei jeder katamnestischen Untersuchung einen kritischen Bereich dar[stellt]“ (Bischoff-Mews, 1998, S. 13). Auch bezweifeln sie die Einzelfallrelevanz und können damit keinen Praxisbezug erkennen (Gretenkord, 2001). Die wenigen vorliegenden Studien sind zudem aufgrund diverser methodischer Unterschiede nur eingeschränkt vergleichbar (Bischoff-Mews, 1998; Gretenkord, 2001). Gerade länderübergreifende Vergleiche sind problematisch, da gesetzliche Grundlagen, diagnostische Einteilungen etc. variieren (Gretenkord, 2001). Wertende Urteile verbieten sich nicht zuletzt aus diesen Gründen. Gretenkord empfiehlt dennoch, katamnestische forensische Studien heranzuziehen, um eine „breitere Beurteilungsgrundlage“ zu haben (a. a. O., S. 235). Die in der vorliegenden Arbeit als Referenzstudien verwendeten Untersuchungen werden nun genauer vorgestellt.

2.3.2.1 Gemischte Stichproben

(1) Sexualstraftäter-Studie (Berner & Karlick-Bolten, 1986)

Eine frühe österreichische Studie an Sexualdelinquenten aus Normal- und Sonderstrafvollzug bzw. Psychiatrie – zwischen 1975 und 1977 untergebracht, stützt sich gänzlich auf die Akten von 304 Probanden (Berner & Karlick-Bolten, 1986). Der Katamnesezeitraum beträgt fünf Jahre. Die Intention der Autoren ist das Präzisieren und Differenzieren allgemeiner, bekannter Hypothesen und ein offenes Untersuchen von Zusammenhängen ohne inferenzstatistische Analysen. Beim Anlassdelikt sind die Probanden durchschnittlich 33 Jahre, 51 % der Delikte sind Sexualdelikte an Kindern bis 14 Jahre. Über 60 % der Probanden haben ein Opfer. Bei über 70 % besteht keine Täter-Opfer-Beziehung.

Die strafrechtliche Vorbelastung ist beträchtlich: 82 % sind vorbestraft, 50 % einschlägig. Variablen aus der Vorgeschichte zeigen schwierige Entwicklungsumstände: die Bezugspersonen wechseln häufig, 24 % erleben keine Vaterfigur. Schul- und Berufsbildung sind überwiegend mangelhaft. Liegen psychiatrische Diagnosen vor, handelt es sich meist um Persönlichkeitsstörungen, oft Soziopathie, neben leichtem Schwachsinn, Schizophrenie und manisch-depressiven Erkrankungen.

Die allgemeine Rückfälligkeit weist eine abfallende Entwicklung mit zunehmendem Abstand zur Entlassung auf. Die einschlägige Rückfälligkeit ist insgesamt geringer und liegt bei 23 %. Differenziert man die Gruppe der Rückfälligen, erkennt man ein erhöhtes Risiko bei Probanden mit mehreren spezifischen Vorstrafen und hoher Opferzahl. Ein Täter mit einem Sexualdelikt hat demnach ein doppeltes Rückfallrisiko, bei zwei einschlägigen Vorstrafen erhöht sich das Risiko auf ein dreifaches. Während 9.4 % der Probanden mit einem Opfer rückfällig werden, steigt der Anteil bei Tätern mit vier und mehr Opfern auf 36 %. Das Alter der Täter beim Bezugsdelikt ist nur bei Delikten an Kindern von Bedeutung für die Rückfallgefahr. Die mittleren Altersstufen (25 bis 40 Jahre) haben das höchste Risiko für ein erneutes Sexualdelikt.

Psychiatrisch relevante Erkrankungen sind zur Probandendifferenzierung geeignet: Ein höheres Rückfallrisiko haben Probanden mit leichtem Schwachsinn oder Persönlichkeitsstörungen. Geringer ist das Risiko bei Schizophrenen oder Manisch-Depressiven. Hafterfahrungen und schwierige Frühsozialisationsbedingungen wirken sich ebenfalls negativ auf die Deliktentwicklung nach Entlassung aus.

Als prognostisch relevantes Kriterium aus dem Bereich der Kontextvariablen können die Autoren die Beziehungsfähigkeit von Sexualdelinquenten extrahieren. Weitere Risikofaktoren der poststationären Zeit können die Autoren nicht ermitteln.

(2) Gemischte Maßregelvollzugs-Stichprobe (Dimmek & Duncker, 1996)

Auch hier werden Akten ausgewertet, um i. S. einer externen Qualitätskontrolle Bewährungsverläufe von ehemaligen Maßregelvollzugspatienten (126 Patienten gemäß § 63, 115 Patienten gemäß § 64 StGB untergebracht) der Landgerichts- und Führungsaufsichtsbezirke Paderborn und Bochum zu untersuchen (Dimmek & Duncker, 1996). Der Beobachtungszeitraum kann bis zu vier Jahre nach Entlassung umfassen. Von 229 Probanden können die Akten ausgewertet werden.

36 % werden erneut straffällig, davon 38 % einschlägig. Bei Sexualstraftätern (n = 43) ist die Quote einschlägiger Rückfälligkeit höher als in der österreichischen Studie und liegt bei 26 %. Bei § 63 StGB-Patienten fällt die Legalbewährungsquote besser aus als bei nach § 64 StGB-Unterbrachten: 79 % vs. 48 %. In beiden Rechtsgrundlagengruppen werden schwere Taten nur in einem geringeren Ausmaß begangen. Suchtpatienten fallen insbesondere durch BtMG-Verstöße auf. Wird ein Proband rückfällig, ist die Wahrscheinlichkeit eines Bewährungswiderrufs groß (bei jedem 2. Rückfälligen wird die Aussetzung der Unterbringung widerrufen). Dagegen liegt der Anteil derjeni-

gen mit einer erneuten Unterbringungsanordnung nur bei 2.6 %. Da die Studie aufgrund ihrer Konzeption keine Parameter der Behandlung einbezieht, können keine weitergehenden Interpretationen angestellt werden.

(3) Sozialtherapie-Studie (Dünkel & Geng, 2003)

In dieser Studie wird der Verlauf von sog. Karrieretätern mit mindestens drei Vorstrafen, die im Zeitraum 1971-74 ein Jahr und mehr in Berlin-Tegel inhaftiert waren, untersucht. Der Beobachtungszeitraum erstreckt sich auf durchschnittlich 10 Jahre. Zum Entlasszeitpunkt sind die männlichen Probanden im Durchschnitt 33 Jahre alt und haben eine Hafterfahrung von im Mittel sieben Jahren (v. a. Eigentums- und Gewaltdelikte). 160 Probanden werden aus einer sozialtherapeutischen Behandlung entlassen, 323 aus dem Regelvollzug und 27 haben zwar die sozialtherapeutische Behandlung begonnen, werden aber wegen fehlender Motivation oder schweren Verstößen zurückverlegt und ebenfalls aus dem Regelvollzug in Freiheit entlassen.

Mindestens eine neue Verurteilung haben 86 % in ihren BZR-Auszügen vorzuweisen, 64 % werden sogar erneut inhaftiert und 53 % müssen wegen neuen Freiheitsstrafen von über einem Jahr in den Strafvollzug zurück.

Behandelte schneiden insgesamt besser ab. 47 % werden von diesen erneut inhaftiert (vs. 70 % der Regelvollzugsprobanden). Auch unterscheiden sie sich mit geringerer Deliktsschwere und späterem Rückfallzeitpunkt von der Kontrollgruppe.

Mit zunehmendem Alter scheinen Karrieren abubrechen; sozialtherapeutisch Behandelte zeigen dies noch stärker als Unbehandelte auf, so dass ein beschleunigender Effekt der therapeutischen Bemühungen zu vermuten ist.

Anamnestiche Daten zu Entwicklung und familiärem Hintergrund geben keine Hinweise, dagegen sind Haftvariablen für die Legalbewährung von Bedeutung: Probanden mit guter Entlassvorbereitung werden seltener rückfällig. Interessanterweise kann das Bild vom gefährlichen Gewaltkarrieretäter nicht bestätigt werden. Nur bei Eigentums-, Vermögens- und Verkehrsdelikten kann eine Deliktperseveranz festgestellt werden.

(4) KrimZ-Sexualdelinquenz-Studie (Egg, 2005)

Die kriminologische Zentralstelle stellte eine Studie zur Legalbewährung von Sexualstraftätern vor, die im ersten Halbjahr 1987 wegen eines Sexualdeliktes verurteilt worden waren (Egg, 2005). Datengrundlage sind BZR-Auszüge und Strafverfahrensakten

aus knapp 780 Verfahren. Die Studie beschränkt sich auf die Deliktgruppen sexueller Missbrauch von Kindern, sexuelle Gewaltdelikte und sexuelle Belästigungsdelikte. Der Beobachtungszeitraum beträgt mindestens sechs bzw. bei Maßregelvollzugspatienten mindestens drei Jahre.

Ohne weitere Spezifizierung beträgt die einschlägige Rückfälligkeit bei sexuellem Kindesmissbrauch 22.1 % (n = 77), bei sexuellen Gewaltdelikten 19.3 % (n = 181) und bei sexuellen Belästigungsdelikten 55.6 % (n = 54). Die Perseveranz der Art der Rückfalldelikte ist hoch.

Eine Differenzierung innerhalb der Deliktgruppen zeigt, dass Kindesmissbraucher, die ihr leibliches Kind, Stiefkind oder das ihrer Lebensgefährtin missbrauchen (innerfamiliäre Täter) eine geringere allgemeine und insbesondere einschlägige Rückfälligkeit (6 %) aufweisen als außerfamiliäre Täter. Auch gewalttätige Beziehungstäter werden weitaus seltener einschlägig rückfällig.

Rückfällige Kindesmissbraucher weisen noch weitere Auffälligkeiten auf, die z. T. bei den anderen Tätergruppen nicht in derartigem Maße deutlich werden. Das erste Entlassjahr ist bei Kindesmissbrauchern besonders risikoreich, denn 32 % werden in diesem Zeitraum mit einem entsprechenden Delikt auffällig.

Tabelle 2.7: Rückfall-Risikofaktoren bei Sexualdelinquenten (Egg, 2005)

Täterbezogen	Tatbezogen
Mehrere / einschlägige Vorstrafen	Keine Vorbeziehung zwischen Täter & Opfer
Frühe psychiatrische Auffälligkeiten / Therapieerfahrung	Geringe Altersdifferenz
Geringeres Alter bei einem Sexual- / Bezugsdelikt (vor 21. LJ)	(Auch) männliche Opfer (bei sex. Kindesmissbrauch)
Abgebrochene Schulbildung	(Auch) kindliche Opfer (bei sex. Kindesmissbrauch)
Keine Partnerschaft zur Tatzeit	Mehrere Opfer
Verminderte Schuldfähigkeit (bei sex. Kindesmissbrauch)	Kein Geschlechtsverkehr
Ungünstige Sozialisation / eigene Gewalterfahrung (bei sex. Kindesmissbrauch)	Kein Rauschmitteleinfluss (bzw. geringer Alkoholeinfluss bei sex. Kindesmissbrauch)

Eine Differenzierung nach Jung- bzw. Alttätern zeigt, dass fast die Hälfte der älteren Sexualstraftäter (ab 22 Jahre, n = 182) nicht rückfällig werden. Jungtäter (n = 72) werden zwar vermehrt rückfällig, allerdings eher allgemein, also nicht einschlägig (61.1 %).

Nach einer Maßregelvollzugstherapie (§§ 63 oder 64 StGB) sind die Rückfallraten in der Gesamtgruppe recht hoch (etwa 40 %). Ebenso bei Gewaltdelinquenten mit Vollverbüßung der Freiheitsstrafe (50 %).

Egg formuliert Risikofaktoren, die allerdings dynamische Gesichtspunkte nicht berücksichtigen, da die Informationen nur aus Akten gewonnen werden (vgl. Tab. 2.7).

2.3.2.2 § 63 StGB-Stichproben

(1) Niedersächsische-§ 63-Studie (Ritzel, 1978)

Die medizinische Habilitationsschrift von Ritzel (1978) ist eine frühe, aber umfassende Studie zum Verlauf forensischer Patienten nach Entlassung (Gretenkord, 2001). Anhand von Krankengeschichten der Patienten (N = 501), die in Niedersachsen, meist zentral im Landeskrankenhaus Moringen, in den Jahren 1955 bis 1974 untergebracht waren und entlassen wurden, stellt er deskriptiv wesentliche soziodemographische und forensische Aspekte vor, zeichnet Krankheitsverläufe vor Unterbringung und nach Entlassung nach. Die katamnestischen Daten können bei 33 % direkt gewonnen werden, bei 47.1 % wird der postalische Weg gewählt. Von 6.1 % können keine Informationen eingeholt werden, weil diese Patienten eine Mitarbeit verweigern. Das Katamnesekollektiv umfasst somit 443 Patienten. Ist es nicht möglich, direkt mit dem Patienten zu sprechen, werden bei 15.6 % Angehörige bzw. bei 20.1 % Bewährungshelfer, Heimleiter etc. interviewt. Als zusätzliche Informationsquelle neben den Interviews, Fragebögen und Krankengeschichten liegen die Strafregistrauszüge vor. Allerdings macht auch Ritzel die Erfahrung, dass durch die direkte Probandenbefragung mehr Informationen gerade zur Legalbewährung gewonnen werden können, als es durch ein reines Aktenstudium möglich wäre.

Die mittlere Beobachtungsdauer liegt bei 9,48 Jahren. Einen Hinweis auf den psychopathologischen Zustand zum Katamnesezeitpunkt geben Skalen zur Einschätzung der Betreuungsbedürftigkeit, die Ritzel pragmatisch orientiert definiert. Von 307 Probanden können hierzu Aussagen getroffen werden. Bei 40.4 % sind keine betreuenden Maßnahmen nötig, die Probanden können ihre täglichen Angelegenheiten weitgehend selbständig regeln. Besonders problematisch ist die Situation bei cerebralen Alterskranken (Demenz), die zu 75 % auf Betreuung angewiesen sind, gefolgt von Schizophrenen mit 45.5 % und Oligophrenen mit 31.3 %. Psychopathen (Persönlichkeitsstörung) und sexuell Verhaltensgestörte können am ehesten selbständig leben.

Fast die Hälfte der Probanden (es liegen zur Straffälligkeit Daten von 403 Probanden vor) haben eine schlechte Legalbewährung: 47.2 % der Probanden werden erneut straffällig. Eine erneute Straffälligkeit bedeutet aber bei über 50 % nicht, erneut im Maßregelvollzug untergebracht zu werden. Dagegen spielt bei Zweituntergebrachten, Ritzel sieht in diesem Kriterium ebenfalls einen Aspekt der Legalbewährung, die vorangegangene Deliktrückfälligkeit eine entscheidende Rolle. Nach einer ersten Unterbringung im Maßregelvollzug kommt es bei jedem 3,4. Probanden zu einem Widerruf der bedingten Entlassung bzw. einer erneuten Anordnung. Bei 74.6 % ist wie erwähnt eine begangene Straftat der Anlass, häufig in Zusammenhang mit psychischer Alteration.

Als wichtige Parameter für das Legalverhalten extrahiert er zunächst die Art und Qualität der Erstunterkunft nach Entlassung. Dabei korreliert ein hohes Maß an Strukturiertheit und Überwachung (z. B. Heime, psychiatrische Institutionen) mit einer günstigeren Legalbewährung. Ritzel führt als Erklärung an, dass gerade jüngere, ledige, kurz- bis mittelfristig Untergebrachte mit Minderbegabung, leichtgradiger Oligophrenie sowie sexueller Störung in die Primärfamilien bzw. in eigene Wohnungen gehen und an sich schon ein höheres Rückfallrisiko aufweisen. Zudem müsse davon ausgegangen werden, dass die „erhöhte Risikolage ... im individuell-familiären Bereich nicht ausreichend abgefangen und kompensiert werden kann“ (a. a. O., S. 181). Er nennt u. a. den fortgeschrittenen beiderseitigen Entfremdungsprozess, inadäquate Erwartungen und mangelhafte Vorbereitung als Gründe für das oftmalige Scheitern einer Resozialisierung in und mit der eigenen Familie. Weiter muss er feststellen, dass überdurchschnittlich viele ehemalige Patienten einen erhöhten bis exzessiven Alkoholkonsum betreiben. Ein Zusammenhang zwischen Trinkverhalten und sozialer Desintegration sowie ungünstigem Legalverhalten ist klar erkennbar.

Das erste Jahr nach Entlassung stellt sich auch in dieser Studie gerade für jüngere Patienten als besonders problematisch heraus. Stationäre Wiederaufnahmen aufgrund einer psychopathologischen Verschlechterung oder sich zuspitzender sozialer Konflikte, Zweitunterbringungen und eben auch erneute Straftaten haben ihre Verteilungsspitzen in diesem Zeitraum. Eingewöhnungsschwierigkeiten, enttäuschte Hoffungen, erlebte Ablehnung, ungenügende Betreuung und Alkoholprobleme spielen bei Frühkriminalität eine Rolle. Diagnostische Einflüsse auf die Rückfallgefahr nivellieren sich zunehmend, dagegen gewinnen Aspekte der sozialen und beruflichen Desintegration mit fortschreitender Zeit in Freiheit an Bedeutung für das Legalverhalten.

(2) § 63-Stichprobe (Thier, 1990)

Ergebnisse zur Resozialisierung und Wiedereingliederung von 27 Patienten, die im Maßregelvollzug nach § 63 StGB untergebracht waren, legt Thier (1990) vor. Im Gegensatz zu den bisher genannten Studien, welche die Katamnesedaten in erster Linie über Bewährungshilfe bzw. Führungsaufsichtstellen sowie BZR-Auszügen sammeln, fokussiert der Autor die Erfassung der Lebensumstände, der subjektiven Bewertungen, Lebensperspektiven und Wünsche der Patienten. Daher werden die Patienten, bei einem Katamnese-Zeitintervall von vier bis sieben Jahren, persönlich aufgesucht und in Gesprächen anhand eines Fragebogens befragt. Daneben erweitern Kontakte mit Bewährungshilfe, Jugendämtern, Fürsorgestellen etc. die Informationen. Obwohl die Befragten als sehr zurückhaltend und misstrauisch beschrieben werden, gelingt es dennoch, ausreichend viele Informationen zu bekommen.

Hinsichtlich der Legalbewährung bleiben 82 % straffattfrei; fünf Probanden begehen Eigentumsdelikte bzw. Körperverletzungen ohne strafrechtliche Verfolgung.

Bei 80 % werden zum Erhebungszeitpunkt psychopathologische Störungen in unterschiedlich starker Ausprägung eruiert. Etwa die Hälfte der Probanden gelten als weitgehend orientiert, sind aber krankheitsbelastet (stimmungslabil, Antriebsstörungen, erhebliche Belastung durch Medikamenteneinnahme). 24 % leiden unter deutlichen Residuen mit Antriebs- und Denkstörungen, Wahnvorstellungen und diffuser Krankheitseinsicht. Lediglich 8 % zeigen zum Erhebungszeitpunkt eine akut psychotische Symptomatik.

Die Prognose der sozialen Wiedereingliederung muss bei 70 % der Patienten als kritisch bezeichnet werden. Der Autor weist auf die doppelte Stigmatisierung als krank und kriminell hin, die gerade im sozialen Umfeld, im Bereich Arbeit und Wohnen negativ auch im Sinne eines Risikofaktors erneuter Delinquenz wirken kann. Der Anteil der Probanden ohne Arbeitsplatz ist entsprechend hoch (81 %), auch wenn hier Einflüsse von psychischer Alteration, körperlicher Beeinträchtigung, Entlassungsalter und zunehmender Arbeitsentfremdung denkbar sind. Die ambulante psychotherapeutische und psychosoziale Nachsorge funktioniert meist nicht in der erforderlichen Regelmäßigkeit. Entsprechend hoch ist die Quote erneuter stationärer Aufnahmen (68 % werden mindestens einmal psychiatrisch stationär behandelt).

Thier kritisiert angesichts der fehlenden rehabilitativen Wiedereingliederungsangebote, der gravierenden Mängel in Ausstattung bzw. Räumlichkeiten und der fehlenden Zeitstrukturierung oder Beschäftigung in den nachsorgenden Heimen die „Deponiefunktion“ (a. a. O., S. 108) dieser Unterbringung.

Die Einschätzung der Lebenszufriedenheit fällt im Einklang mit dem gewonnenen Eindruck der Lebensumstände eher mittelmäßig aus. In der Bewertung der stationären Therapie geben sich die Patienten insgesamt gemäßigt. 15 Patienten erleben die meist extramurale Arbeitstherapie sowie Kontakte zu Mitpatienten und Freizeitaktivitäten als hilfreich. 38 % der antwortenden 24 Probanden sind unzufrieden und können keine positiven Aspekte nennen. 75 % nennen explizit negative Erfahrungen im Kontakt mit Arzt oder Psychologe (Häufigkeit, Erreichbarkeit aber auch Beziehungsaspekte), mit der Medikamentengabe, der Arbeitstherapie (sinnlos, stupide), den Unterbringungsbedingungen u. ä..

(3) EFP-63-Studie (Gretenkord, 2001)

Gretenkord (2001) stellt im Rahmen der Entwicklung des EFP-63 eine umfangreiche Studie zur Rückfälligkeit psychisch kranker Rechtsbrecher, die zwischen 1977 und 1985 aus der Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina entlassen worden waren, anhand einer BZR-Analyse vor. Das Follow-up wird zwischen vier und 12 Jahren nach Entlassung angesetzt. Es gehen Daten von 196 ehemaligen Patienten ein, die zum einen aus Krankengeschichten, zum anderen aus Strafregistrauszügen stammen. Er selbst räumt ein, dass die Krankengeschichten große quantitative und qualitative Unterschiede aufweisen und auch die BZR-Auswertung mit einigen Fehlerquellen behaftet ist. Weiter muss einschränkend erwähnt werden, dass keinerlei Datenmaterial zu den Kontextvariablen nach Entlassung vorliegen, etwaige Einflüsse auf die Rückfälligkeit somit nicht beachtet werden können.

84 Probanden (42.9 %) haben mindestens einen BZR-Eintrag, allerdings sind darunter nicht immer rechtskräftige Verurteilungen, sondern auch eingestellte Verfahren etc. In dem von ihm angestellten Vergleich mit 50 internationalen Studien ($\Sigma N = 9\ 135$) liegt er über dem Mittel von 29.4 % bei der allgemeinen Rückfälligkeit. Werden nur die Studien beachtet, die eine Rückfallquote bei gravierenden, meist gewalttätigen Delikten ermitteln (19 Studien, $\Sigma N = 4\ 234$), wird eine mittlere Quote von knapp 20 % bei einem geschätzten mittleren Katamnesezeitraum von 4,7 Jahren berichtet. Die Probanden werden in der Hainaer-Studie durchschnittlich nach 2,5 Jahren erstmalig auffällig. Eigentumsdelikte ohne Gewalt (Diebstahl etc.) werden von den meisten Rückfälligen verübt (19.9 % von $N = 196$).

Gretenkord (2001) analysiert zudem die Zusammenhänge zwischen einzelnen Faktoren und Rückfälligkeit, wobei er nach Schwere und Art des neuen Deliktes unterschei-

det. So hängen u. a. niedriges Alter bei Aufnahme, schwierige Entwicklungsverläufe in der Vorgeschichte mit Drogenkonsum und früher strafrechtlicher Auffälligkeit in weiterer Deliktbreite, Persönlichkeitsstörungen, Gewalt- oder Eigentumsdelikte beim Anlassdelikt und wechselhafter Therapieverlauf mit einigen Zwischenfällen (Entweichungen, Alkoholrückfälle etc.) signifikant mit erneuter Straffälligkeit zusammen.

(4) Österreichische Katamnesestudie (Treichl, Deutner, Sommaruga & Schubert, 2001)

Aus einer österreichischen forensisch-psychiatrischen Abteilung stammt eine Studie mit 35 ehemaligen Patienten, die zwischen 1993 und 1998 entlassen wurden (Treichl, Deutner, Sommaruga & Schubert, 2001). Der durchschnittliche Katamnesezeitraum beträgt 2,1 Jahre. Die mittlere Aufenthaltsdauer liegt bei 3,4 Jahren. Diagnostisch überwiegen Psychosen, Intelligenzminderung und Impulsstörung. Die Einweisungsdelikte sind breit gestreut (Körperverletzung, Drohung, Brandstiftung etc.).

Die poststationäre Entwicklung zeigt ein überraschend positives Bild. 64 % bleiben in der eigenen Wohnung oder in einer betreuten Einrichtung, finanziell sind 20 % besser gestellt oder zumindest gleichbleibend abgesichert (50 %), die Anbindung an Betreuungspersonen erweist sich als stabil. Immerhin bei 50 % übernimmt der vorbehandelnde Stationsarzt die Nachbetreuung, nahezu alle Patienten werden durch ambulante Einrichtungen meist aufsuchend versorgt. Die Qualität dieses sozialen Netzwerkes findet ihren Niederschlag zum einen im signifikanten Rückgang stationärer Wiederaufnahmeraten, zum anderen in der 100 %igen Legalbewährung. Da bereits während der stationären Therapie eine enge Zusammenarbeit mit ambulanten psychosozialen Pflegediensten stattfindet, kann eine beginnende Verschlechterung des psychopathologischen Zustandes oder mangelnde Compliance schnell erkannt und aufgefangen werden. Dennoch ist die Studie aufgrund der geringen Stichprobengröße und der kurzen Katamnesezeitdauer nur bedingt aussagekräftig.

(5) Essener Prognosestudie (Seifert, 2007; Seifert, Bolten & Möller-Mussavi, 2003; Seifert, Jahn & Bolten, 2001)

Seifert stellt eine prospektive Multicenter-Prognosestudie vor, an der 23 Kliniken (forensische Kliniken und Abteilungen bzw. allgemein-psychiatrische Krankenhäuser) teilnehmen (Seifert, 2007; Seifert, Bolten & Möller-Mussavi, 2003; Seifert, Jahn & Bolten, 2001). Ziel ist die Überprüfung eines neuentwickelten Prognoseinventars. Die

BZR-Auszüge von 255 Probanden werden zur Beurteilung der Wiedereingliederung herangezogen. Als gescheitert gilt diese dann, wenn Auffälligkeiten mit justiziellen Maßnahmen eingetragen sind. Darüber hinaus versuchen die Autoren, über Bewährungshilfeberichte die Lebenssituation zu erfassen. Durchschnittlich werden 3,9 Jahre des poststationären Verlaufes untersucht bei einer Minstdauer von zwei Jahren.

55 ehemalige § 63 StGB-Patienten haben negative Legalverläufe, 76,4 % der Rückfälligengruppe begehen auch neue Straftaten mit überwiegend geringerer Deliktsschwere: Gewaltlose Eigentumsdelikte, Bagatelldelikte wie Beförderungerschleichung etc. 4,3 % der Gesamtstichprobe werden einschlägig rückfällig (meist Sexualstraftaten oder gewaltlose Eigentumsdelikte). Die erste Zeit nach Entlassung ist besonders sensibel: 30 % werden im Mittel nach 16,4 Monaten straffällig.

Analog zu früheren Studien können Risikokriterien extrahiert werden, auch wenn insgesamt nur wenige historisch-anamnestiche Risikofaktoren differenzierbar sind: Persönlichkeitsstörung mit und ohne Minderbegabung, frühe dissoziale Verhaltensweisen und Schulprobleme, strafrechtliche Vorbelastung und Hafterfahrung, zusätzliche Suchtproblematik. Den Rückfälligen werden seltener vorbereitende Beurlaubungen im Maßregelvollzug gewährt, sie leben eher alleine oder mit der Familie, ihr Arbeitslosenanteil ist höher als bei Nichtrückfälligen. Die Nachsorge wird eher kritisch beurteilt, da insbesondere der Informationsfluss zwischen den verschiedenen beteiligten Institutionen als mangelhaft bezeichnet wird.

2.3.2.3 § 64 StGB-Stichproben

(1) § 64-Alkoholiker-Stichprobe (Koch, 1988)

In der nach Pfaff (1998) bislang fundiertesten Untersuchung von Koch (1988) werden von 68 nach § 64 StGB im Maßregelvollzug untergebrachten alkoholabhängigen Patienten die forensische Anamnese, Biographie und Suchtentwicklung, Begutachtung und Therapieverlauf dargestellt; ein bis vier Jahre nach der bedingten Entlassung (im Durchschnitt 2,5 Jahre) werden die Patienten bzgl. Legalbewährung, sozialer Integration und Suchtverhalten nachexploriert. Als Erfolgskriterien dienen Abstinenz und Legalbewährung sowie soziale Integration und Trinkverhalten. Die Studie bezieht nur alkoholabhängige Männer ein, die in der Fachabteilung für Suchtkranke in Bad Rehburg behandelt und auf Bewährung entlassen werden. Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage von Krankenakten, Gutachten, Urteilen und BZR-Auszügen bzw. Aussagen der Führungsaufsichtsstelle oder Bewährungshilfe. Eine postalische Befragung der Probanden

wird abgelehnt, da ein zu geringer Rücklauf erwartet wird und seitens der Bewährungshilfe Bedenken bzgl. Datenschutz bestehen.

Die Autorin kann eine Legalbewährung von 30 % nachweisen, die Abstinenzquote liegt bei 21 %. Ebenso bestätigt diese Untersuchung den engen Zusammenhang zwischen Suchtmittelrückfall und erneuter Delinquenz. Die Verteilung der Deliktarten beim Rückfalldelikt gleicht der beim Index-Delikt.

Einen Beitrag zur Prognoseforschung kann die Studie aufgrund der methodischen Konzeption nur insoweit leisten, indem sie durch Aussagen über korrelationsstatistische Zusammenhänge zwischen Personenvariablen und Therapieerfolg Hinweise auf Prognosefaktoren bzgl. Legalbewährung und Suchtmittelabstinenz gibt. Als ungünstig erweisen sich Schulden, Kinderlosigkeit, familiäre Alkoholbelastung und Einzelkindstatus. Auch wird die Prognose mit zunehmendem Alter bei Aufnahme deutlich besser. Koch versucht, Prädiktoren aus Therapieverlaufsvariablen zu extrahieren: Alkoholrückfälle, Entweichungen mit erneuter Straftat und das Fehlen einer Behandlungsmotivation sprechen für eine negative Prognose.

(2) § 64-Alkoholiker-Stichprobe (Pfaff, 1998)

Pfaff (1998) legt eine vergleichbare Untersuchung an untergebrachten alkoholabhängigen Patienten vor. Er definiert vier Erfolgskriterien: Seelisches und körperliches Befinden, Legalbewährung, Suchtmittelabstinenz und berufliche / soziale Integration. Auch hier werden die zuständigen Bewährungshelfer befragt. Von 68 ehemaligen Patienten können von nur 41 Daten erhoben werden (13 % verweigern die Schweigepflichtentbindung, die Rücklaufquote der Bewährungshilfe liegt lediglich bei 60 %).

In einem Katamnesezeitraum von durchschnittlich 25 Monaten werden günstigere Quoten bzgl. Legalbewährung (63 %) und Suchtmittelabstinenz (37 %) als bei Koch (1988) berichtet. Statistische Zusammenhänge mit Suchtmittelabstinenz und Legalbewährung können nur bei den Faktoren Berufsausbildung und wiederholter Maßregelvollzugstherapie bzw. allgemeiner Suchtvorbehandlung gefunden werden. Demnach sind Patienten mit (meist ungünstiger) Therapieerfahrung eher rückfallgefährdet. Nach Eindruck der befragten Bewährungshelfer beginnt die Destabilisierung bei über 50 % mit einem Rückfall, gefolgt von Schwierigkeiten in der beruflichen und sozialen Integration. Dagegen kann nur bei einem Probanden eine erneute Straftat als erster Risikofaktor ausgemacht werden.

(3) § 64-Alkoholiker-Stichprobe (Bischoff-Mews, 1998)

In einer dritten Studie an männlichen Alkoholikern (N = 50) nutzt Bischoff-Mews (1998) im Gegensatz zu den bereits Vorgestellten verschiedene Datenquellen (BZR-Auszüge etc.) und führt zudem Interviews mit Probanden und Mitarbeitern. Ihr Katamnesezeitraum erstreckt sich auf drei bzw. fünf Jahre nach Entlassung.

Die Abstinenzquote beträgt 30 %, die Legalbewährung 34 % (3-Jahres-Katamnese) bzw. 25 % (5-Jahres-Katamnese).

(4) Bundesweite § 64-Studie (Dessecker, 1995)

In der bundesweiten BZR-Studie untersucht Dessecker (1995) 133 Probanden in einem 2-Jahres-Zeitraum.

Die Legalbewährung ist bei 63 % positiv, 10 % werden zu einer Geldstrafe, 14 % zu einer Bewährungsstrafe und 9 % zu einer Freiheitsstrafe ohne Bewährung verurteilt. Die übrigen Rückfälligen werden erneut untergebracht.

Ohne genaue Abstinenzquoten nennen zu können, wird anhand des vorliegenden Datenmaterials berichtet, dass insbesondere die Weisung Alkoholverbot nicht eingehalten wird und dies häufiger zu einem Bewährungswiderruf führt als eine erneute Straftat.

Zu den Ergebnissen muss kritisch angemerkt werden, dass nur eine prognostisch günstige Gruppe mit kürzeren Verweildauern untersucht wird und zudem unklar ist, ob die Probanden tatsächlich in Freiheit gelebt haben, da dies nicht aus den BZR-Informationen abzuleiten ist.

(5) § 64-Rechtssprechungsänderung-Studie (Meier & Metrikat, 2003)

Mit der niedersächsischen Studie wird in erster Linie versucht, die Auswirkungen der veränderten Rechtslage nach 1994 zu erfassen. Dabei macht sie auch Aussagen zu Legalbewährungsquoten ihrer 201 untersuchten Suchtkranken.

Gemessen an neuen Verurteilungen im Bundeszentralregister beträgt die Bewährungsquote innerhalb zwei Jahre nach Entlassung bei Patienten, die nach altem Recht untergebracht waren, 46.9 %. Nach der Änderung steigt sie nur geringfügig auf 58.1 % an. Bei den Rückfall-Straftaten handelt es sich meist um Eigentumsdelikte.

Als protektive Faktoren der Legalbewährung zeichnen sich das Fehlen einer Drogenabhängigkeit, zunehmendes Alter, geringere Intensität der strafrechtlichen Vorbelastung und das Nichtauftreten negativer Zwischenfälle im Maßregelvollzug ab. Allerdings unterscheiden sich Fälle nach altem oder neuem Recht nicht.

2.3.2.4 Straftäter-Stichproben

(1) Rückfallstudie des BMJ (Jehle, Heinz & Sutterer, 2003)

Das Bundesministerium der Justiz veröffentlicht 2003 eine große, bundesweite Studie mit knapp einer Million Probanden zur prospektiven Erfassung von Rückfallraten (Jehle, Heinz & Sutterer, 2003). Das gesamte Spektrum soll erfasst werden, also auch Daten von Maßregelvollzugspatienten. Der Untersuchungszeitraum umfasst vier Jahre, beginnend mit den im Jahre 1994 haftentlassenen bzw. sanktionierten Straftätern. Datengrundlage sind BZR-Auszüge.

Die allgemeine Rückfallquote liegt bei 38 %. Getrennt nach Deliktart weisen Straßenverkehrsdelikte eine unterdurchschnittliche (23 %) Rückfallrate auf. Die Straftaten seien kaum mit „zielgerichteter krimineller Intention“ verübt worden (a. a. O., S. 70). Auch handelt es sich bei den Tätern häufig um Einmaltäter. Ausnahme ist das Fahren ohne Fahrerlaubnis mit einer Quote von 45 %. BtMG-Verstöße (> 50 %) und Vergewaltigung bzw. sexuelle Nötigung (> 40 %) sind überdurchschnittlich in ihrer Risikoquote. Die höchste Rückfallbelastung gibt es bei Diebstahl und räuberischen Handlungen mit je 60 %. Unterteilt nach Art der Sanktion bei der Bezugsentscheidung zeigt sich, dass bei einer Geldstrafe nur geringe Rückfallquoten (30 %) zu verzeichnen sind. Kommt es doch zu einem erneuten Delikt, werden meist keine stationären Sanktionen in der Folgeentscheidung (Jugendarrest, Haft, Unterbringung) ausgesprochen.

Im Vergleich zum Erwachsenenstrafrecht ist die Rückfallquote bei Jugendstraflern hoch (~ 50 %). Innerhalb dieser Gruppe haben die Probanden, die eine Jugendstrafe verbüßt haben, das höchste Rückfallrisiko (Quote von 78 %). Auch der Anteil derjenigen, die dabei erneut zu einer stationären Strafe verurteilt werden, ist mit 45 % nicht unbeträchtlich. Die Rückfallquote nimmt mit zunehmender Dauer der Freiheitsstrafe ab, wobei die höchsten Quoten bei den mittleren Gruppen (mit sechs bis 12 monatiger bzw. ein- bis zweijähriger Dauer) zu finden sind (78 bzw. 81 %).

Aber nicht nur die Höhe der Strafe an sich hat einen Effekt auf die Rückfälligkeit, sondern auch die tatsächliche Haftdauer. Vollverbüßer werden häufiger wieder verurteilt als vorab Entlassene. Gerade bei Erwachsenen hat die Strafrestaussatzung zur Bewährung einen günstigen Effekt auf die Rückfallquote.

Der Einfluss der strafrechtlichen Vorbelastung ist bei Jugendlichen und Erwachsenen nicht zu unterschätzen. Je stärker sie hinsichtlich Häufigkeit und Schwere der Sanktionsart ausfällt, desto größer ist die Rückfallrate und desto höher ist der Anteil der stati-

onären Sanktionen. Dabei fallen Jugendliche mit freiheitsentziehenden Vorstrafen besonders negativ auf (vgl. Tab. 2.8).

Tabelle 2.8: Stationäre Folgeentscheidungen und Rückfallquote in Abhängigkeit von Vorstrafen (Rückfallstudie des BmJ; Jehle, Heinz & Sutterer, 2003)

Vorstrafen	Stationäre Folgeentscheidung (in %)		Legalbewährung (in %)	
	<i>Jugendliche</i>	<i>Erwachsene</i>	<i>Jugendliche</i>	<i>Erwachsene</i>
0	2	1	64	79
1	7	4	41	62
2	13	7	29	53
3-4	22	11	21	46
5 +	39	19	15	39

Alterseffekte können in der Studie ebenfalls beschrieben werden: Je jünger, desto größer ist die Rückfallgefahr. Dies gilt sowohl für ambulante (Geldstrafe, Bewährungsstrafen) wie stationäre Folgeentscheidungen. Betrachtet man dies mit der Schwere der Entscheidung beim Erstdelikt (Bezugsentscheidung), gilt: Je schwerer die Bezugsentscheidung und je jünger das Einstiegsalter, desto höher ist die Rückfallquote. Danach haben Heranwachsende (18- bis 20-Jährige), die zu Jugendstrafe ohne Bewährung verurteilt werden, die höchste Rückfallrate (79 %), während Erwachsene mit Geldstrafe nur zu 30 % rückfällig werden. Im Erwachsenenalter sinkt das Risiko mit dem Alter kontinuierlich bei allen Arten der Bezugsentscheidung (allerdings gilt auch hier, je schwerer die Sanktionsart, desto größer ist die Gefahr, später erneut rückfällig zu werden).

Dagegen gibt es keinen Effekt der Variable Nationalität. Die Rückfallquoten von Nichtdeutschen (ihr Anteil an der Stichprobe liegt bei 25 %) unterscheiden sich kaum von denen deutscher Probanden. Allerdings muss einschränkend erwähnt werden, dass die Rückfallquote wegen der Nichterfassung Abgeschobener verzerrt wird.

Das Geschlecht wiederum ist durchaus geeignet, Unterschiede zu beschreiben. Bei Männern liegt die Rückfallquote bei 38 %, während sie bei Frauen nur 24 % beträgt. Dies ist über alle Sanktionsarten der Bezugsentscheidung hinweg feststellbar. Der Anteil von Frauen an der Stichprobe liegt aber nur bei 17 %.

Jehle, Heinz und Sutterer (2003) unterscheiden zusammenfassend vier Varianten zur Einordnung von Sanktionskarrieren (siehe Tabelle 2.9).

Tabelle 2.9: Typenmodell (Rückfallstudie des BmJ; Jehle, Heinz & Sutterer, 2003)

Typ	Typbeschreibung	Rückfallrisiko (RF)
1	Wiederholt Inhaftierte	Allgemein höchstes RF-Risiko, sehr häufig mit stationärer Folgeentscheidung
2	Ansteigende Sanktionsschwere	↑ ↓
3	Abnehmende Sanktionsschwere	
4	Erstmals Straffällige	Niedrigstes RF-Risiko, sehr selten mit stationärer Folgeentscheidung

Die fehlende Vorbelastung wirkt sich demnach sehr günstig auf das Rückfallrisiko und die Art einer erneuten Sanktionierung aus. Die Autoren ziehen den Schluss, dass „der Übergang zur bereits wiederholten stationären Sanktionierung von kritischer Bedeutung für eine weitere Karriere mit wiederholter Straffälligkeit und Bestrafung ist“ (a. a. O., S. 92).

Die in dieser Studie ebenfalls erfassten ehemaligen Maßregelvollzugspatienten zeigen je nach Rechtsgrundlage der Unterbringung unterschiedliche Rückfallquoten. Ehemalige § 64 StGB-Untergebrachte haben eine Legalbewährungsquote von 41 %. Die rückfälligen Probanden werden meist zu Freiheitsstrafen ohne Bewährung gefolgt von Geldstrafen und Freiheitsstrafen mit Bewährung verurteilt. Eine erneute stationäre Maßregel wird bei 4.2 % ausgesprochen (§ 64 StGB).

Die ehemaligen § 63 StGB-Patienten haben eine weitaus höhere Legalbewährungsquote (82 %). Auch hier werden stationäre Folgeentscheidungen deutlich weniger häufig als ambulante Folgeentscheidungen wie Geld- bzw. Bewährungsstrafe ausgesprochen. Ähnlich gering ist der Anteil der erneut zu einer Maßregelvollzugstherapie Verurteilten (5.5 %). Diese Ergebnisse müssen aber mit Vorbehalt interpretiert werden, da nicht erfasst wird, ob die Probanden die Maßregeltherapie tatsächlich angetreten und vollendet haben. Aus den BZR-Auszügen kann lediglich gelesen werden, dass eine Unterbringung angeordnet wurde.

(2) Straftäter-Basisraten-Studie (Groß, 2004)

In dieser Arbeit werden die Rezidivraten unter Straftäterpopulationen aus 14 internationalen Studien der Jahre 1967 bis 2001 mit Stichprobengrößen von 122 bis 1 844 367 (Σ über zwei Millionen) Straftätern verglichen. Der Vergleich ist aufgrund vieler Unterschiede in den Studiendesigns nicht unproblematisch. Die Beobachtungsdauer variiert z. B. zwischen 24 und 144 Monaten oder in einzelnen Studien auch länger. Dennoch kann der Autor gerade bei Untersuchungen mit großen Fallzahlen und langen Zeiträumen eine gewisse Konkordanz der Daten feststellen, so dass dieses Vorgehen durchaus gerechtfertigt ist und die Ergebnisse auch der vorliegenden Studie Anhaltspunkte liefern können. Ersttäter überwiegen häufig, meist handelt es sich um Männer, die wegen Eigentums-, Drogen- oder Gewaltdelikten inhaftiert waren.

Die Rezidivraten werden getrennt nach Wiederverhaftungs-, Wiederverurteilungsraten und neue Haftstrafe dargestellt und sind als Regressionsgeraden gezeichnet, die je nach Untergruppe einer logarithmischen Kurve ähneln. Die allgemeine Rückfälligkeit ist im ersten Jahr nach Entlassung mit durchschnittlich 20 % Verurteilungen mit Haftfolge am höchsten. Nach einem weiteren Jahr steigt sie um 10 %, nach fünf Jahren erreicht sie 40 %. Nach insgesamt 12 Jahren Freiheit sind 50 % wieder erneut straffällig und werden mit einer Freiheitsstrafe sanktioniert. Die Wiederverurteilungsraten, die auch ambulante Freiheitsstrafen beinhalten, liegen um 1/3 höher, die Wiederverhaftungsraten sogar doppelt so hoch.

Als Einflussfaktoren ermitteln die Studien Anzahl der Vorstrafen, vorausgegangene Inhaftierungen, Schwere der Vorverurteilungen, Drogendelinquenz, junges Alter, instabile familiäre Beziehungen und Bildungsgrad.

Groß untersucht zudem Rezidivraten zu Gewaltdelikten, sexueller Delinquenz, Eigentums- und Drogendelinquenz. Mit Gewalt beschäftigen sich 12 Studien aus den Jahren 1964 bis 2000. Wird jedes neue Delikt gewertet, zählen die Studien Rezidivraten von 0-70 %, wobei auch hier in den ersten Jahren ein rascher Anstieg zu erkennen ist. Auch wenn die allgemeine Rückfallquote recht hoch ist, gilt die Tendenz, dass Gewalttäter umso seltener rückfällig werden, je schwerwiegender das Primärdelikt ist. Damit im Zusammenhang könnte das höhere Entlassalter stehen. Die einschlägige Rezidivrate ist deutlich geringer. Nach sehr langen Zeiträumen von bis zu 22 Jahren werden 10-35 % wegen neuer Gewaltdelikte zumindest wiederverhaftet. Neue Verurteilungen oder Inhaftierungen liegen deutlich darunter. Die höchsten Rezidivraten haben Räuber mit 75 %, die innerhalb von drei Jahren erneut festgenommen werden, allerdings sind dabei

Gewalttaten eher selten. Körperverletzer werden zu 50 % erneut festgenommen, hier werden weitaus mehr wegen einschlägiger Delikte erneut belangt.

Sexualstraftäterstudien liegen zwar zahlreich vor, weisen aber große Unterschiede auf. Zudem veränderte sich in den letzten Jahren gerade in diesem Bereich die Rechtsprechung, so dass Vergleiche sehr schwierig sind. Groß macht in einer zusammenfassenden Analyse deutlich, dass im Mittel 35 % rückfällig werden. Überdurchschnittlich häufig werden aggressive Vergewaltiger, Vergewaltiger aus ethnischen Minderheiten und vorbestrafte Sexualstraftäter mit allgemeinen Delikten rückfällig. Gerade bei Kindesmissbrauchern zeigt sich ein schwacher Therapieeffekt, denn innerhalb 13 bis 14 Jahren im Mittel werden 50 % der Unbehandelten und 47 % der Therapierten rückfällig. Die spezifische Rückfälligkeit ist deutlich geringer als die allgemeine ausgeprägt. Im Mittel werden bei einer durchschnittlichen Beobachtungszeit von 13 Jahren 14,7 % der Sexualstraftäter (behandelt oder unbehandelt) mit einem neuen Sexualdelikt auffällig. Auch hier gilt ähnlich wie bei Gewalttätern: Je schwerer das Primärdelikt, desto günstiger der Verlauf. Unbehandelte Kindesmissbraucher werden eher einschlägig rückfällig als Vergewaltiger. Behandelte Sexualstraftäter – die Therapieart reicht von kognitiv-behavioralen Einzel- oder Gruppensettings bis zu chirurgischen Interventionen – werden zu 13 % in einer fünfjährigen Beobachtungsdauer wegen Sexualdelikten wiederverurteilt, wie die Gesamtschau von 21 internationalen Studien aus den Jahren 1960 bis 1995 mit insgesamt 2 960 Probanden zeigt. Getrennt nach Art des Primärdelikt zeigt sich, dass im Mittel 33 % der Exhibitionisten (mittlere Beobachtungszeit sieben Jahre) mit einem neuen Sexualdelikt rezidivieren, 28 % (13 Jahre Beobachtungszeit) der Kindesmissbraucher und 22 % der Vergewaltiger, wobei hier die mittlere Beobachtungszeit mit 20 Jahren länger ist. Letztere werden aber im Mittel zu 72 % bei einer durchschnittlich 17-jährigen Beobachtungszeit allgemein mit einer neuen Straftat rückfällig.

Eine ebenfalls stark rückfällige Gruppe stellen Eigentumsdelinquente, die zu über 50 % erneut straffällig werden. Allerdings gibt es zu diesen wie auch zu Drogendelikten kaum Untersuchungen.

Die neueren Studien zur Drogendelinquenz zeigen eine geringere Rückfallquote als bisher angenommen: 30 bis 50 % allgemein, 7 bis 37 % bei neuen Delikten, die mit einer erneuten Haftstrafe sanktioniert werden.

(3) CRIME-Studie (Dahle & Kahnt, 2006)

Die Berliner CRIME-Studie bietet interessante Ergebnisse, da sie bereits 1976 begonnen hat, Daten einer unselektierten Strafgefangenenstichprobe zu sammeln und die Entwicklungen fortwährend verfolgt. Es gelingt somit, den Lebenszyklus tatsächlich zu umfassen.

Tabelle 2.10: Rückfallraten der Subgruppen getrennt nach vier Rückfallkriterien aus der Berliner CRIME-Studie (Dahle & Kahnt, 2006)

Subgruppe	Rückfallkriterium			
	<i>Jede neue Verurteilung</i>	<i>Erneute Strafhaft</i>	<i>Gewaltdelikt</i>	<i>Gravierendes Gewaltdelikt (Freiheitsstrafe > 2 Jahre)</i>
<i>Alle Probanden</i>				
<i>zwei Jahre nach Haftentlassung</i>	47 %	38 %	7 %	4 %
<i>fünf Jahre nach Haftentlassung</i>	63 %	57 %	13 %	6 %
<i>Gesamtkatamnesezeitraum</i>	72 %	64 %	23 %	9 %
<i>Nach Deliktgruppen (bei mehreren Index-Delikten wird das Hauptdelikt gewählt)</i>				
<i>Eigentumsdelikte</i>	75 %	70 %	22 %	11 %
<i>Betrugsdelikte</i>	80 %	64 %	18 %	5 %
<i>Gewaltdelikte</i>	68 %	59 %	36 %	14 %
<i>Unterhaltspflichtverletzung</i>	54 %	39 %	6 %	0 %
<i>Sonstige</i>	78 %	72 %	17 %	6 %
<i>Nach Beginn der strafrechtlichen Vorgeschichte</i>				
<i>Ersthaft als Jugendlicher</i>	86 %	81 %	31 %	18 %
<i>... als Heranwachsender</i>	75 %	67 %	33 %	9 %
<i>... als Erwachsener</i>	61 %	50 %	12 %	4 %

1997 werden mit BZR-Auszügen und persönlichen Nachuntersuchungen Informationen zum Delinquenzverhalten von 307 Probanden (77.3 % der Ursprungsstichprobe von 397 männlichen Strafgefangenen) eingeholt. Die Index-Delikte der zwischen 1976 und 1990 aus der Indexhaft entlassenen Probanden sind bei der Hälfte Diebstahl, bei 19 % Ge-

waltdelikte, bei 13 % Betrug und bei 10 % Unterhaltspflichtverletzungen. Bei der Erstuntersuchung sind die Probanden im Durchschnitt 30,52 Jahre alt ($SD = 5,38$). Der durchschnittliche Katamnesezeitraum (Entlassung bis BZR-Einsicht 1997) beträgt 19,6 Jahre ($SD = 1,7$).

Bei 72 % sind bis zu 20 neue Einträge zu finden ($M = 4,68$; $SD = 4,35$). Ein Großteil wird mindestens einmal erneut inhaftiert (64 %). Die Autoren unterscheiden nach diversen Subgruppen (vgl. Tab. 2.10).

Probanden, die in ihrer Vergangenheit (auch) Gewalttäter sind, haben eine insgesamt höhere Rückfallrate als Nichtgewalttäter (allgemein 85 vs. 65 %). Auch die Variabilität der Delinquenzentwicklung spielt eine negative Rolle: Bei nur einer Deliktart liegt die allgemeine Rückfallrate bei 35 %, bei zwei bis drei Arten steigt sie auf 71 % und erreicht schließlich bei Tätern mit mehr als drei Deliktformen 87 %.

Statische Merkmale gerade zur forensischen Vorgeschichte wie Alter bei Ersteintrag im BZR weisen stabile Zusammenhänge mit Rückfälligkeit auf. Qualität der sozialen Einbettung nach Haftentlassung, Arbeit und Ausmaß kriminogener Einstellungen sind Beispiele dynamischer Variablen, die ebenfalls von Bedeutung sind, allerdings in ihrer Prädiktorqualität im Laufe der Beobachtungsdauer abnehmen.

2.3.2.5 Zusammenfassende Darstellung der forensischen Katamnesestudien

Die referierten Studien weisen große Schwankungsbreiten in Stichprobengröße (von 27 bis über zwei Millionen Probanden) und -zusammensetzung (reine Maßregelstichprobe, gemischte Stichproben, spezielle Straftäterstichproben) sowie Beobachtungszeitraum (ein bis über 20 Jahre) auf (vgl. Tab. 2.11). Auch die Methode der Datenerhebung variiert von reinen BZR-Auswertungen bis zur Nutzung verschiedener Quellen inklusive Probandeninterviews. Entsprechend unterscheiden sich die Ergebnisse zur Legalbewährung und anderen Erfolgskriterien. Eine besonders niedrige Legalbewährungsquote (14 %) erreichen die Probanden der Sozialtherapiestudie von Dünkel und Geng (2003), eine sehr hohe (100 %) die der österreichische Studie an forensisch-psy-chiatrischen Patienten von Treichl et al. (2001). Zur Interpretation ist eine Vermischung von Maßregelvollzugspatienten und Straftätern im Regelvollzug aufgrund ihrer Verschiedenheit in bedeutenden Aspekten von Person, Vorgeschichte, krimineller Aktivität und postinstitutionellem Verlauf nicht geeignet. Daher werden zur Veranschaulichung Subgruppen gebildet.

Sexualstraftäter variieren in ihrer Legalbewährungsquote stark: 19.3 bis 85 % (bei einschlägiger Rückfälligkeit). Methodenkritisch muss angemerkt werden, dass die Studien häufig nicht explizit zwischen unbehandelten und behandelten Probanden unterscheiden bzw. die angewendete Therapieart nicht näher erläutern (Psychotherapeutische, pharmakologische oder chirurgische Methoden, Quantität und Qualität etc.). Nach bisherigen Erkenntnissen haben es besonders Exhibitionisten, Täter mit hoher Opferanzahl, mit problematischen Vorerfahrungen bzw. Sozialisationsbedingungen und minderbegabte bzw. persönlichkeitsgestörte Täter schwer, nicht rückfällig zu werden. Aus der Sexualstraftäterstudie von Egg (2005) kommt der Hinweis, dass Täter, die im Maßregelvollzug behandelt wurden, eher zu einer besonders problematischen Gruppe gehören, ihre Rückfallraten also über denen anderer Tätergruppen liegen.

Die Rückfallraten von Straftätergruppen allgemein reichen von 20 bis 72 %. Hier wird der Effekt der unterschiedlichen Katamnesezeiträume besonders deutlich: Je länger die Beobachtungszeiträume dauern, desto höher sind die Rückfallzahlen. Allerdings sind die ersten Jahre rückfallgefährdeter, die Rückfälligenkurve steigt danach nur noch langsam an. Interpretationsprobleme entstehen auch durch die unterschiedlichen Rückfalldefinitionen, die bei Straftäterpopulationen angewandt, aber häufig nicht explizit dargelegt werden: Zählt man alle BZR-Eintragungen als Rückfall, sind die Daten weit aus ungünstiger als bei alleiniger Beachtung der Anordnung neuer Haftstrafen oder einschlägiger Rückfälligkeit. Nicht zuletzt ist die Gruppe der Straftäter in sich sehr heterogen. Werden Eigentumsdelinquente bis zu 75 % wieder straffällig, sind die Legalbewährungsquoten bei Gewalttätern besser (bis zu 32 % bei allgemeiner Rückfälligkeit bzw. 90 % bei einschlägiger Rückfälligkeit). Eine entsprechend differenzierte Darstellung ist somit dringend geboten.

Maßregelvollzugs-Stichproben zeigen deutlich günstigere Legalbewährungsquoten von § 63 StGB-Patienten im Vergleich zu § 64 StGB-Patienten (rund 82 vs. 25 %). Auch hier gilt: Je länger beobachtet wird, desto schlechter sind die Ergebnisse. Bei genauer Betrachtung allerdings bestätigt sich, dass insbesondere bei Suchtpatienten die Rückfallquote nach dem ersten Jahr nur moderat ansteigt. Somit kann man auch in dieser Subgruppe die besondere Sensitivität des ersten Jahres in Freiheit erkennen. Interpretationsschwierigkeiten ergeben sich aus der fehlenden Differenzierung von Alkohol- und Drogenabhängigen. Letztere werden zudem kaum als eigene Gruppe untersucht. Das Fehlen einer Drogenabhängigkeit scheint aber einen positiven Effekt auf die Legalbewährungsquote zu haben. Die vorliegenden Studien mit reinen Alkoholikerstichpro-

ben erzielen Legalbewährungsquoten von bis zu 63 %, während in gemischten Stichproben bis zu 58 % erreicht werden können. Differenzierte Aussagen sind aber auf Basis des Datenmaterials nicht zu treffen. Insbesondere liegt dies an den häufig geringen Rücklaufquoten; Bischoff-Mews (1998) kann z. B. auf postalischem Wege nur 17 % der Stichprobenklientel erreichen. Bei § 63-Patienten müssen zudem Stichproben mit hohem Heimanteil von denen mit Probanden mit keiner bzw. geringer Betreuung unterschieden werden, da der Betreuungsgrad durchaus einen Effekt hat. Auch hier finden sich in den vorliegenden Studien zu wenig differenzierende Angaben.

Tabelle 2.11: Die katamnestischen Bezugsstudien im Überblick

Studie / Studiendesign	Ergebnisse			
	LB	Abstinenz	Psychopath. Zustand	Weitere Ergebnisse
Sexualstraftäter-Studie (Berner & Karlick-Bolten, 1986) <ul style="list-style-type: none"> • N = 304 • Sexualdelinquente aus Vollzug und Psychiatrie • 5 Jahres-Katamnese • Aktenauswertung • Keine Inferenzstatistik 	77 % (einschlägig)	---	---	<i>Risikofaktoren für RF:</i> <ul style="list-style-type: none"> • spezifische Vorstrafen • höhere Opferanzahl • Hafterfahrung • schwierige Frühsozialisationsbedingungen • Schwachsinn • PS • Beziehungsunfähigkeit (poststationär)
MRV-Patienten-SP (Dimmek & Dunker, 1996) <ul style="list-style-type: none"> • N = 229 • MRV-Pat. • ≤ 4 Jahres-Katamnese • FA-Akten • Keine Behandlungsparameter 	64 % (gemischte SP) § 63 StGB: 79 % § 64 StGB: 48 % Sexualstraftäter: 74 % (einschlägig)	---	---	<ul style="list-style-type: none"> • Schwere RF– Delikte selten • Häufig Bewährungs-Widerruf • Sehr selten neue MR-Anordnung
Sozialtherapie-Studie (Dünkel & Geng, 2003) <ul style="list-style-type: none"> • N = 510 • Sozialtherapie & Regelvollzug • Karrieretäter • Ø 10 Jahres-Katamnese • Aktenstudium 	14 % (RF-Kriterium: neue Verurteilung) 37 % (RF-Kriterium: erneute Inhaftierung)	---	---	<ul style="list-style-type: none"> • Positiver Effekt der Behandlung (insbesondere die Entlassvorbereitung) • Keine Deliktperseveranz bei Gewalt- und Sexualdelikten • Rückläufige Wiederverurteilungsrate im zweiten Fünfjahreszeitraum • Abbruch krimineller Karrieren mit zunehmendem Alter

Fortsetzung...

Studie / Studiendesign	Ergebnisse			
	LB	Abstinenz	Psychopath. Zustand	Weitere Ergebnisse
KrimZ-Sexualdelinquenz-Studie (Egg, 2005) <ul style="list-style-type: none"> • N = 780 Sexualstraftäter • Straf- & Maßregelvollzug • Deliktgruppen (Kindsmissbrauch, Gewalt- und Belästigungsdelikte) • 3 bzw. 6 Jahres-Katamnese • BZR- & Strafverfahrensakten 	<u>Einschlägige RF-Raten:</u> <i>Sex. Kindsmissbrauch:</i> 22.1 % <i>Sex. Gewaltdelikte:</i> 19.3 % <i>exhibitionist. Handlungen:</i> 55.6 %	---	---	<ul style="list-style-type: none"> • Geringste (einschlägige) RF-Rate bei innerfamiliären bzw. gewalttätigen Beziehungstätern • Hohe (einschlägige) RF-Rate bei MR-Patienten • Hohe Perseveranz der Deliktart <i>Risikomerkmale u. a.:</i> <ul style="list-style-type: none"> • junges Alter • frühe Auffälligkeiten / Therapieerfahrung • ungünstige Sozialisation • keine Opferbeziehung • kindliche, männliche Opfer • kein Körperkontakt • kein / geringer Rauschmitteleinfluss bei Tat

Fortsetzung...

Studie / Studiendesign	Ergebnisse			
	LB	Abstinenz	Psychopath. Zustand	Weitere Ergebnisse
<p>Niedersächsische § 63-StGB-Studie (Ritzel, 1978)</p> <ul style="list-style-type: none"> • N = 443 • § 63 StGB-Pat. • Ø 9 ½ Jahres-Katamnese • Interview, Fragebogen, Aktenauswertung & Strafregisterakte • Keine Therapievariablen 	52.8 %	---	<p>40 % <i>selbständige Lebensführung möglich</i></p> <p>53 % <i>teilweise Betreuung nötig</i></p> <p>7 % <i>vollständige Betreuung nötig</i></p>	<p><i>RF-Risiko steigend (u. a.):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • psychische Gestörtheit • Alkoholkonsum • soziale Desintegration • kurze Unterbringungsdauer (<2 Jahre) <p><i>RF-Risiko mindernd (u. a.):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • strukturierte Erstunterbringung • höheres Entlassalter • Stabilität des sozialen Empfangsraumes <p><i>Überdurchschnittliche RF-Quote bei:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychopathie • sexuelle Verhaltensstörung <p><i>RF-Delikte:</i> Zunahme leichter Taten (v. a. Vermögens- / Sachdelikte)</p> <p><i>besonders problematisch:</i> Erstes Jahr nach Entlassung</p> <p><i>Widerrufsquote:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 % • meist in Verbindung mit neuer Straftat <p><i>Enge Beziehungen zwischen:</i> Sozial- / Legalbewährung und Rehabilitationsangebot</p>

Fortsetzung...

Studie / Studiendesign	Ergebnisse			
	LB	Abstinenz	Psychopath. Zustand	Weitere Ergebnisse
§ 63-StGB-SP (Thier, 1990) <ul style="list-style-type: none"> N = 27 männliche § 63 StGB-Pat. 4-7 Jahres-Katamnese Aktenauswertung & Interview 	82 %	---	20 % <i>keine Beeinträchtigungen</i> 48 % <i>phasenhaft emotional-instabil</i>	<ul style="list-style-type: none"> Doppelte Stigmatisierung Schlechte ambulante Nachsorgemöglichkeiten Heime mit Deponiefunktion Lebenszufriedenheit eher mittelmäßig
EFP-63-Studie (Gretenkord, 2001) <ul style="list-style-type: none"> N = 196 § 63 StGB-Pat. 4-12 Jahres-Katamnese BZR & KG-Auswertung 	57.1 %	---	---	<ul style="list-style-type: none"> Rückfall Ø nach 2,5 Jahren RF-Delikt: v. a. Eigentumsdelikte ohne Gewalt <i>Einflussfaktoren:</i> <ul style="list-style-type: none"> Niedriges Alter bei Aufnahme Schwierige Entwicklungsverläufe Drogenkonsum Frühe strafrechtliche Auffälligkeit Polytrope Delinquenz PS Index-Delikt: Gewalt-, Eigentumsdelikt Wechselhafter Therapieverlauf mit Zwischenfällen
Österreichische-Katamnese-Studie (Treichl, Deutner, Sommaruga & Schubert, 2001) <ul style="list-style-type: none"> N = 35 forensisch-psychiatr. Pat. Ø 2,1 Jahres-Katamnese Strafregisterakten & Fragebogen 	100 %	---	---	<i>Positiver Effekt:</i> <ul style="list-style-type: none"> Enge Zusammenarbeit mit Nachsorge Funktionierendes soziales Netzwerk Hohe Dichte an ambulanten Kontakten

Fortsetzung...

Studie / Studiendesign	Ergebnisse			
	LB	Abstinenz	Psychopath. Zustand	Weitere Ergebnisse
Essener Prognosestudie (Seifert, 2007; Seifert, Bolten & Möller-Mussavi, 2003; Seifert, Jahn & Bolten, 2001) <ul style="list-style-type: none"> • N = 255 • § 63 StGB-Pat. • 23 Kliniken • Ø 3,9 Jahres-Katamnese • BZR-Daten & BW-Akten 	78 %	---	---	<ul style="list-style-type: none"> • Geringere RF-Deliktschwere • Kritischer Übergang von Unterbringung zu ambulanter Eingliederung in ersten zwei Jahren • Risikokriterien: Diagnose, Biographie, Forensische Anamnese, Behandlung
§ 64-StGB-Alkoholiker-SP (Koch, 1988) <ul style="list-style-type: none"> • N = 68 • § 64-StGB-Pat. • nur männliche Alkoholiker • 1-4 Jahres-Katamnese • KG-, BW- & FA-Akten 	30 %	21 %	---	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenhang zwischen Suchtmittelrückfall und erneuter Delinquenz • Rückfalldelikte entsprechen Index-Delikten • Positiver Effekt von höherem Lebensalter
§ 64-StGB-Alkoholiker-SP (Pfaff, 1998) <ul style="list-style-type: none"> • N = 41 • § 64-StGB-Pat. • nur Alkoholiker • Ø 25 Mon.-Katamnese • BW-Akten 	63 %	37 %	---	<ul style="list-style-type: none"> • Negativer Effekt von Therapiewiederholung • Positiver Effekt von Berufsausbildung • Destabilisierung beginnt mit Rückfall

Fortsetzung...

Studie / Studiendesign	Ergebnisse			
	LB	Abstinenz	Psychopath. Zustand	Weitere Ergebnisse
§ 64-StGB-Alkoholiker-SP (Bischoff-Mews, 1998) <ul style="list-style-type: none"> N = 50 § 64-StGB-Pat. nur männliche Alkoholiker 3-5 Jahres-Katamnese Aktenauswertung & Interview 	34 % (3 J.-Kat.) 25 % (5 J.-Kat.)	30 %	---	<i>Einfluss von:</i> <ul style="list-style-type: none"> soziales Milieu kurzer Erkrankungsverlauf geringe delinquente Vorbelastung Lockerungserprobung
Bundesweite § 64-StGB-SP (Dessecker, 1995) <ul style="list-style-type: none"> N = 133 § 64-StGB-Pat. 2 Jahres-Katamnese BZR-Daten 	63 %	?	---	<ul style="list-style-type: none"> Alkoholverbot wird häufig nicht eingehalten Alkoholkonsum führt häufiger zu Bewährungs-Widerruf als neue Straftaten
§ 64-StGB-Rechtsänderung '94 (Meier & Metrikat, 2003) <ul style="list-style-type: none"> N = 201 § 64-StGB-Pat. 2 Jahres-Katamnese BZR-Daten 	47 % <i>(vor Rechtssprechungsänderung 1994)</i> 58 % <i>(nach 1994)</i>	?	---	<i>RF-Delikte:</i> v. a. Eigentumsdelikte <i>RF-Risiko mindernd:</i> <ul style="list-style-type: none"> Fehlen einer Drogenabhängigkeit zunehmendes Alter geringere Intensität der strafrechtlichen Vorbelastung Nichtauftreten negativer Zwischenfälle im Maßregelvollzug
Rückfallstudie des Bundesministerium der Justiz (Jehle, Heinz & Sutterer, 2003) <ul style="list-style-type: none"> Bundesweite Straftäterstatistik 4 Jahres-Katamnese BZR-Daten 	62 % <i>(allg.)</i> <i>MRV-Klientel:</i> § 63 StGB: 82 % § 64 StGB: 41 %	---	---	<ul style="list-style-type: none"> Straffälligkeit ist einmaliges Ereignis geringere RF-Quoten bei schweren Delikten Einfluss der Sanktionsart und Vorstrafenanzahl wahrscheinlich

Fortsetzung...

Studie / Studiendesign	Ergebnisse			
	LB	Abstinenz	Psychopath. Zustand	Weitere Ergebnisse
Straftäter-Basisraten-Studie (Groß, 2004) <ul style="list-style-type: none"> • Insg. > 2 Mio Straftäter • Vergleich internationaler Rezidivraten-Studien • Unterschiedl. Studiendesigns • z. T. sehr lange Beobachtungszeiträume 	<u>Rezidivkriterium:</u> neue Haftstrafe 80 % (1. Jahr) bis 50 % nach 12 Jahren	---	---	<i>Gewaltstraftäter:</i> 65-90 % LB (einschlägig) <i>Sexualstraftäter:</i> 85 % LB (einschlägig) <i>Eigentumsdelinquente:</i> ~ 50% LB <i>Drogendelinquente:</i> 50-70 % LB 1. Jahr nach Entlassung: besonders problematisch für LB
CRIME-Studie (Dahle & Kahnt, 2006) <ul style="list-style-type: none"> • N = 307 männl. Straftäter • Ø 19,6 Jahres-Katamnese • BZR-Daten 	<u>Rezidivkriterium:</u> jede neue Verurteilung 53 % (2-J.-Kat.) 37 % (5-J.-Kat.) 28 % (gesamte Katamnese)	---	---	<i>Gewalttäter:</i> 32 % LB (jede neue Verurteilung) <i>Eigentumsdelinquente:</i> 25 % LB (jede neue Verurteilung) <i>Betrugsdelinquente:</i> 20 % LB (jede neue Verurteilung) <i>RF-Risiko steigernd:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Ersthaft als Jugendlicher • polytrope Delinquenz • Gewalttaten in der Vorgeschichte • schlechte Zukunftsperspektiven

Anmerkungen: Pat. = Patienten, SP = Stichprobe, LB = Legalbewährung,, FA = Führungsaufsicht, RF = Rückfall, BW = Bewährungshilfe, MR = Maßregel, KG = Krankengeschichte, PS = Persönlichkeitsstörung.

2.3.3 Katamnese Studien in Fachkrankenhäusern für Suchtkranke

In Fachkrankenhäusern für Suchtkrankheiten haben katamnestische Untersuchungen eine längere Tradition und liegen daher in größerer Zahl vor. Auch differenzieren sie häufiger – gemäß des Behandlungskonzeptes – zwischen Drogen- und Alkoholabhängigkeit, so dass es sich lohnt, auch einige dieser Studien vorzustellen. Ähnlich wie bei forensischen Patienten werden Selbstaussagen häufig kritisch gesehen. Holzmann, Nabititz und Zeltner (1984) stellen aber in einer Validitätsprüfung fest, dass eine zumindest ausreichende Übereinstimmung besteht und die Eigenangaben daher durchaus als geeignete Informationsquelle genutzt werden können. Ein direkter Vergleich mit Studien aus dem Maßregelvollzug ist allerdings nicht ohne Einschränkungen sinnvoll. Die Behandlungsprogramme unterscheiden sich inhaltlich und in ihrer Dauer, es fehlt in Fachkrankenhäusern der Sicherungsauftrag und nicht zuletzt unterliegt das forensische Klientel einer negativen Selektion mit dem Resultat eines höheren Maßes an sozialer Desintegration und delinquenter Vorbelastung (Koch, 1988; Pfaff, 1998).

2.3.3.1 Studien bei Drogenabhängigen

Das „Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln“ von 1972 spielt in der Behandlung Drogenabhängiger eine große Rolle, räumt es doch die Möglichkeit „Therapie statt Strafe“ ein (Egg & Kurze, 1991). Die Anzahl der Einrichtungen für dieses Klientel nimmt seit 1973 zu. Auch wenn sich die Aufnahmeveraussetzungen und Behandlungstypen unterscheiden, gilt doch überall das „Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft“ (a. a. O., S. 12). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt zwischen sechs und 18 Monaten. Eine bundesweite Umfrage in diesen Einrichtungen zeigt die Problematik der § 35-BtMG-Klientel auf (a. a. O.): Fragwürdige Therapiemotivation, geringer Leidensdruck und Abhängigkeitsgefühl. In der Folge sind die Abbruchquoten hoch, das therapeutische Klima ist negativ beeinflusst, die Zusammenarbeit mit der Justiz gilt als schwierig. Es liegen einige wenige Daten von Drogentherapieeinrichtungen vor, die sich zudem häufig in ihrer Methodik stark unterscheiden. Zwei Studien werden vorgestellt, die auch forensische Aspekte beinhalten und daher für die vorliegende Arbeit als Vergleichsstudien interessant sind.

Daten von 28 therapierten drogenabhängigen Frauen und Männern aus einem durchschnittlichen vierjährigen Katamnesezeitraum legt Volkenstein (1985) vor. Nach einer postalischen Aufforderung werden persönliche Gespräche geführt, zudem werden Krankengeschichten zur Datensammlung herangezogen. Die Versicherung der Ver-

schwiegenheit und das Vorliegen eines Vertrauensverhältnisses seien insbesondere bei dieser Klientel von großer Bedeutung, um überhaupt Informationen zu bekommen. Dennoch muss die Gesprächsbereitschaft insgesamt als mangelhaft bezeichnet werden. Die Stichprobe ist nach strukturellen Aspekten wie Einstiegsalter, Abstinenzzeiten, sozialer Schicht etc. heterogen. Auch wenn biographische Faktoren keinen Zusammenhang mit poststationärer Drogenfreiheit aufweisen, kann man bei vielen Patienten eine „Reifungsverzögerung“ (a. a. O., S. 96) finden. Als Therapieerfolg definiert der Autor Drogenfreiheit in unterschiedlichen Abstufungen sowie berufliche und soziale Integration. Letztere bildet das Kontaktverhalten ab.

Drogenfrei leben 80 % der Entlassenen. Versucht man eine Einteilung nach allen Erfolgskriterien, können 30 % als drogenfrei und beruflich wie sozial integriert gelten. 16 % sind zwar integriert, können aber nicht ohne Drogen leben. Bei 27 % muss eine völlige Erfolglosigkeit festgehalten werden. Es gibt Unterschiede bei den Geschlechtern, die allerdings nicht signifikant sind. Demnach sind Frauen besser integriert als Männer. Auch ist der Anteil der völlig Erfolglosen bei den männlichen Probanden höher als in der weiblichen Subgruppe.

Da es sich um keine strafrechtlich untergebrachte Stichprobe handelt, spielt das Kriterium der Straffälligkeit eine nebensächliche Rolle, kann aber gerade im Drogenbereich nie ganz außer acht gelassen werden. Gelingt es, eine abstinente Lebensweise zu erlernen, wirkt sich das positiv auf das Legalverhalten aus. Vor der Therapie werden noch 76 % straffällig, danach sinkt die Quote auf 13 %.

Als positive Faktoren für Abstinenz extrahiert der Autor Langzeittherapie, Nachsorge sowie geeigneten Wohnort bzw. soziale Integration, wobei letztere mit zunehmender Abstinenzdauer in der Wirkung abnehmen. Kontakt- und Leistungsverhalten können durch die Therapie positiv beeinflusst werden und zeigen sich poststationär als wichtige Prädiktoren für Drogenfreiheit bzw. berufliche Integration. Eine kasuistische Analyse kann nur bei sechs Probanden durchgeführt werden und ist daher in ihrer Aussagekraft sehr eingeschränkt. Volkenstein differenziert drei Faktorengruppen. Konsumbeendende Faktoren sind u. a. Verlust familiärer Bezüge, Wahrnehmung des eigenen körperlichen Verfalls, Einfluss anderer. Aber auch Intervention durch Zwang. Heilend wirken der schützende Einfluss der Einrichtung, Verhaltenstherapie, Gruppenerfahrung, Abhängigkeitsbearbeitung und eine konsistente Beziehung zum Therapeuten. Letztendlich stabilisierend gelten Nachsorge, Nachreifung, berufliche Integration, Aufnahme stabiler Beziehungen und die Verfügbarkeit der Erfahrungen aus den oben genannten Faktoren.

Eine Studie aus Hamburg zeigt die Bedeutung einer intensiven Nachbetreuung. Nach einer zehnmonatigen stationären Therapie können Drogenabhängige freiwillig in einer sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft für maximal sechs Monate leben und von einem bereits aus der Therapie bekannten Sozialpädagogen nachbetreut werden. 106 Probanden nehmen an einer Erhebung zur Effektivitätsprüfung teil (Thiel, 2001). Die Stichprobe setzt sich aus meist jüngeren Männern (der Frauenanteil liegt bei 20 %) unter 30 Jahren zusammen. 88 % sind ledig. Die schulische und berufliche Bildung ist meist schlecht, 74 % sind vor der stationären Therapie arbeitslos. Die Delinquenzbelastung ist auch hier nicht unerheblich: 79 % sind vorbestraft, über die Hälfte hat Haft Erfahrung. 63 % begeben sich aufgrund justiziellem Druckes in Therapie. Hauptdroge der meist langjährig Drogenabhängigen (im Mittel 10,2 Jahre) ist Heroin. 3/4 konsumieren polyvalent. 50 % haben mindestens drei Entzüge hinter sich und 60 % mindestens eine stationäre Therapie begonnen.

Die Nachsorge beenden 85 % regulär. Diese Gruppe unterscheidet sich von den Abbrechern (15 %) in einigen Bereichen deutlich. So leben sie bei Nachsorgeabschluss häufiger abstinent (62 vs. 32 %), werden seltener rückfällig (7 vs. 42 %). Auch die schulisch-beruflichen sowie partnerschaftlichen und allgemein sozialen Entwicklungen sind positiver.

Allgemein gelingt es 93 %, einen eigenen Wohnraum zu beziehen. Gegenüber dem Vortherapiezeitraum verdreifacht sich der Anteil mit Erwerbseinkommen.

56 % leben in den letzten Wochen vor Abschluss der Nachsorge abstinent von harten Drogen, 21 % konsumieren in Abständen sporadisch Alkohol und / oder Cannabis. Der Gesundheitszustand, die soziale Situation (insbesondere sog. Cleankontakte) und das Freizeitverhalten bilden zusammen mit dem Konsumverhalten ein positives Bild. Die Nachsorge kann somit von den meisten Drogenabhängigen sinnvoll genutzt werden.

2.3.3.2 Studien bei Alkoholabhängigen

Eine große gemischtgeschlechtliche Stichprobe von in einer Fachklinik behandelten Alkoholabhängigen wird von Holzmann, Nabitz und Zeltner (1984) durchschnittlich vier Jahre lang poststationär beobachtet. Von 243 Probanden leben 57 % abstinent bzw. abstinent nach Rückfall, wobei die Gründe der Probanden, nicht an der Studie teilzunehmen, differenziert gewichtet und entsprechend in die Analyse einbezogen werden. Die Probanden schildern Veränderungen v. a. im Erlebens- und Verhaltensbereich (aktive Freizeitgestaltung, partnerschaftliche Entwicklung, mehr Selbstsicherheit etc.), wo-

bei es einen signifikanten Unterschied zu den Nichterfolgreichen gibt. Ebenfalls deutlich besser sind berufliche Entwicklungen der Abstinenten, die signifikant seltener unter Arbeitslosigkeit leiden. Keinen Effekt haben Behandlungsvorerfahrung und Nachsorgefrequenz, auch wenn zumindest tendenziell ein positiver Einfluss einer längeren Behandlungsdauer erkennbar ist.

Besonders interessant ist, dass auch kein signifikanter Unterschied zwischen Therapieabbrechern und Beendern bzgl. der Abstinenz gefunden werden kann. In diese Richtung weist auch die Forschung von Klink und Kollegen (1984), die in ihrer Globalanalyse von Katamnesen aus fünf Fachkliniken ($\Sigma N = 745$) den Effekt der Klinik bzgl. Abstinenz eher gering einschätzen. Relevant für einen Behandlungserfolg sind vielmehr der Bereich der Nachsorge sowie Lebens- und Arbeitsbedingungen.

Im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Königsutter werden 546 Probanden, meist alkoholabhängig, untersucht (Schneider & Schulz, 1990). Der Rücklauf ist eher niedrig, nur 15.2 % sind zur Auskunft bereit. Explizit verweigern 60.4 % der Nichtantworter eine Befragung, 24.4 % sind nicht erreichbar oder verstorben. Vollständige Angaben liegen von 78 Probanden vor. Das untersuchte Klientel ähnelt den Maßregelvollzugspatienten (Aufnahmeverpflichtung, Einweisungen per richterlichem Beschluss etc.), was sich in der eher geringen Behandlungsmotivation und kaum erkennbaren Krankheitseinsicht zeigt.

In einer Vier-Jahres-Katamnese (durchschnittlicher Beobachtungszeitraum 43.1 Monate) kann eine Abstinenzquote von 56.4 % erreicht werden. Nach Rückfall abstinent leben 20.5 %, 23.1 % gelten als rückfällig. Die Ergebnisse sind vergleichbar mit einer Ein-Jahres-Katamnese: Bei 224 teilnehmenden ehemaligen Patienten der niedersächsischen Klinik wird eine Abstinenzquote von 56.7 % erzielt (Schulz & Mauthe, 1989).

Süß (1995) berichtet in einer Metaanalyse stationärer Entwöhnungstherapien bei Alkoholabhängigkeit von einer 45 %-Abstinenzquote. Die Niedersächsische Studie liegt somit bei beiden Erhebungszeitpunkten über dieser Rate. Zählt man Nichtantworter (als rückfällig definiert) mit, reduziert sich die Abstinenzquote in der Vier-Jahres-Katamnese auf 8.1 %; 2.9 % leben abstinent nach Rückfall und 89 % müssen als völlige Versager bezeichnet werden (Schneider & Schulz, 1990). Ob diese konservative Berechnung mit einer unflexiblen Einstufung der Nichtteilnehmer als Rückfällige ohne Beachtung der tatsächlichen Motive wirklich adäquat ist, muss aber wie bereits erwähnt zumindest in Frage gestellt werden.

Als prognostisch günstig erweisen sich Berufstätigkeit, mittleres Alter, abgeschlossene Ausbildung, Schuldenfreiheit, keine oder geringe organische Krankheiten, erste und freiwillige Aufnahme, Selbsthilfegruppenteilnahme. Diese Faktoren gelten auch für die Ein-Jahres-Katamnese. Allerdings nimmt der Kontakt zur Selbsthilfegruppe mit zunehmender Katamnesezeit ab; kurz nach Entlassung sind 70 % in eine derartige Gruppe eingebunden, bereits nach einem Jahr sinkt die Quote auf 49 % (Schulz & Mauthe, 1989).

Zusätzlich werden soziale und persönliche Veränderungen untersucht und als Erfolgskriterium zusammengefasst. Es lassen sich Extremgruppen bilden, die keine oder positive Veränderungen seit Entlassung erlebt haben. Immerhin 42.1 % sehen gute Entwicklungen in den Bereichen Partnerschaft, Beruf, Wohnen, Freizeit etc. Veränderungen die eigene Person betreffend bewerten 82 % positiv. Die schlechtesten Bewertungen erhalten Beruf und Gesundheit. Nicht überraschend ist das Ergebnis, dass dauerhaft Abstinente die meisten positiven Veränderungen schildern können, während Rückfällige häufiger von keinen oder negativen Entwicklungen berichten. Insgesamt ist die Lebenszufriedenheit nach vier Jahren größer, insbesondere die eigene Person und die berufliche Situation betreffend.

Abschließend werden auch Bewertungen zu Therapie und Behandlungsmodulen aufgeführt, die allerdings aufgrund der kürzeren Aufenthaltszeiten (im Mittel 32 Tage) kaum für einen Vergleich mit der Maßregelvollzugstherapie herangezogen werden können. Positiv erleben die Patienten Ärzte, Pflege, Psychologen sowie Einzel- und Gruppengespräche. Tendenziell negativ werden Freizeitaktivitäten und Mitpatienten bewertet. 67 % beurteilen den Klinikaufenthalt als insgesamt positiv.

Der positive Einfluss von Lebenszufriedenheit wird auch aus der Studie von Römer et al. (2002) mit 153 Patienten deutlich. In einem Dreimonats-Setting werden die Suchtkranken, meist Alkoholabhängige (88 %), einer Entwöhnungsbehandlung unterzogen, deren Schwerpunkt auf therapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen sowie arbeits- und sporttherapeutischen Angeboten liegt. Darüber hinaus werden Nachsorgekontakte frühzeitig geknüpft und gefördert. Die Patienten sind etwas älter (60 % sind zwischen 40 bis 50 Jahre alt), gemischtgeschlechtlich, häufig komorbid (Depression, Angststörung, Persönlichkeitsstörung). Die Abbruch- und Rückfallrate wird als hoch eingeschätzt.

Gemessen mit dem FPI-R kann eine signifikante Erhöhung der Lebenszufriedenheit und deren Zusammenhang mit Abstinenz nachgewiesen werden. Nach Entlassung er-

hört sich die Erwerbsquote von 32 auf 44 %, was sich wiederum positiv auf das Suchtverhalten auswirkt. Die Abstinenzrate liegt zwischen 51 und 59 % je nach Definition (abstinent bzw. abstinent nach Rückfall). Einen besonders guten Effekt hat der regelmäßige Besuch einer Nachsorgegruppe, allerdings nehmen 50 % nie an einer derartigen Veranstaltung teil.

2.3.3.3 Zusammenfassende Darstellung der Katamnesestudien aus Fachkrankenhäusern

Auch diese Studien unterscheiden sich z. T. gravierend in Stichprobenzusammensetzung, Follow-up-Zeitpunkt und Erhebungsmethoden. Insbesondere die unterschiedlichen Therapieprogramme, neben den Therapiezeiten variieren die therapeutischen Angebote erheblich, machen zusammenfassende Interpretationen schwierig. Eine Übereinstimmung betrifft die mangelnde Kooperationsbereitschaft der Probanden und die daraus resultierenden geringen Stichprobengrößen. Schneider und Schulz (1990) müssen z. B. in ihrer Alkoholikerstichprobe eine Teilnahmeverweigerungsquote von über 60 % akzeptieren. Knapp 1/4 können nicht erreicht werden oder sind bereits verstorben. Lediglich 15.2 % der Probanden sind zur Auskunft bereit und können katamnestisch untersucht werden.

Die Abstinenzquoten liegen bei Alkoholikerstichproben (methodenkritisch muss angemerkt werden, dass es sich häufig nicht um reine Alkoholikerstichproben handelt) bei etwa 50 %. Auch hier scheint das erste Jahr von besonderer Bedeutung für das Abstinenzverhalten zu sein, denn Vergleiche zwischen Ein- und Vier-Jahres-Katamnesen unterscheiden sich im Abstinenzkriterium wenig. Von Einfluss auf das Abstinenzverhalten sind berufliche Integration, mittleres Alter, abgeschlossene Ausbildung, Schuldenfreiheit, keine oder geringe organische Krankheiten etc. Auch die Teilnahme an Selbsthilfegruppen hat einen stabilisierenden Effekt. Interessanterweise nehmen aber mit zunehmender Entlassdauer immer weniger Probanden an derartigen Gruppentreffen teil. Der positive Einfluss von Lebenszufriedenheit auf das Suchtverhalten wird in einigen Studien nachgewiesen. Es finden sich bei Abstinenten deutlich stärkere Ausprägungen in der Veränderungseinschätzung diverser Lebensbereiche wie familiäre Situation, Beruf und soziale Integration als bei Nichterfolgreichen.

Reine Drogenprobandengruppen werden seltener untersucht, wohl auch, weil hier die Teilnahmemotivation als besonders problematisch eingeschätzt wird. Die Studien beziehen sich häufig auf Therapie-Einrichtungen mit Modellcharakter, so dass diese Er-

gebnisse nicht auf andere übertragbar sind. Die Abstinenzquoten variieren von 50 bis 80 %. Als einer der konsumbeenden Faktoren schält sich interessanterweise Intervention durch Zwang heraus. Auch das Durchlaufen einer Therapie bzw. das Erreichen eines regulären Therapieabschlusses ist von prognostischer Bedeutung. Dieser Effekt ist bei Alkoholikerstichproben weniger deutlich. Wichtig für das Abstinenzverhalten ist neben der beruflichen und sozialen Integration zudem ein stabiler Therapeutenkontakt und die Anbindung an eine Nachsorgeeinrichtung. Auch bei Untersuchungen in sog. freien Einrichtungen spielt die Kriminalitätsaktivität durchaus eine Rolle, die, wird sie untersucht, nach einer Therapie und bei stabiler Abstinenz rapide abnimmt.

3. Fragestellung

Das Ziel der vorliegenden Studie besteht in der differenzierten Darstellung wichtiger anamnestischer Kernaspekte forensischer Patienten, ihrer Therapie und poststationären Entwicklung. Insbesondere die Effizienz einer Maßregelvollzugstherapie, in der Öffentlichkeit, aber auch intern häufig eher pessimistisch eingeschätzt, wird untersucht, wobei Erfolg sowohl anhand der üblichen Kriterien *Legalbewährung* und *Abstinenz bzw. anhaltende Verbesserung des psychopathologischen Zustandes* als auch auf Grundlage der Kriterien *soziale Integration* und *subjektive Zufriedenheitseinschätzung* definiert wird. Daher werden auch die Einschätzungen der Betroffenen selbst zur Therapie, zu persönlichen Veränderungen und dem weiteren Verlauf nach Entlassung in persönlichen Interviews abgefragt und dargestellt. Die Erweiterung der Erfolgsdefinition ist u. a. deshalb sinnvoll, weil positive Behandlungsergebnisse von der schwierigen sozialen Situation nach Entlassung überdeckt werden könnten (Bosold, Hosser & Lauterbach, 2007). Die umfassende Datensammlung, die sowohl Angaben aus Akten bzw. von Nachsorgestellen als auch aus Interviews mit den Probanden selbst nutzt, ist ein Spezifikum der Studie. Weiter wird im Gegensatz zu bereits vorgelegten Studien die Totalerhebung einer forensischen Klinik angestrebt; es werden demnach psychiatrische Patienten (gemäß § 63 StGB untergebracht) als auch Suchtpatienten (gemäß § 64 StGB untergebracht) untersucht. Angaben von Therapieabbrechern fließen ebenfalls in die Studie ein, um das tatsächlich in einer forensischen Klinik anzutreffende Klientel möglichst realitätsnah beschreiben und einflussreiche Faktoren für einen positiven Therapieverlauf extrahieren zu können. Das forensische Klientel wird in Untergruppen eingeteilt, trennende aber auch gemeinsame Aspekte zu Anamnesen, Behandlungsverläufen und Katamnesen werden extrahiert. Die Analyse dispositioneller Faktoren eines Behandlungserfolges bildet einen weiteren Schwerpunkt.

Die Fragestellung kann mit folgenden Forschungshypothesen spezifiziert werden:

- Das forensische Klientel lässt sich nach Rechtsgrundlage der Unterbringung, Diagnose und Entlassungsgrundlage trennen (Subgruppenbildung).
- Subgruppen-Unterschiede:
 - Die Untergruppen weisen signifikante Unterschiede in soziodemographischen, krankheitsspezifischen und forensischen Aspekten ihrer Vorgeschichte auf.

- Die Untergruppen weisen signifikante Unterschiede in diversen Therapieaspekten auf.
- Die Untergruppen weisen signifikante Unterschiede bezüglich des Behandlungserfolges (Therapieabschluss) auf.
- Die Untergruppen weisen signifikante Unterschiede in soziodemographischen, krankheitsspezifischen und forensischen Aspekten ihres poststationären Verlaufes auf.
- Die Untergruppen weisen signifikante Unterschiede bezüglich des Behandlungserfolges im Längsschnitt (Katamnese) auf.
- Es lassen sich Prädiktoren zu Therapieerfolg bzw. -misserfolg (Therapieabschluss) extrahieren.
- Es lassen sich Prädiktoren zu Therapieerfolg bzw. -misserfolg im Längsschnitt (Katamnese) extrahieren.
- Probanden mit einem erfolgreichen Therapieabschluss sind zufriedener mit der Therapie bzw. einzelnen Therapiemodulen als Probanden, deren Therapie wegen Aussichtslosigkeit vorzeitig abgebrochen werden musste.
- Ein unauffälliger poststationärer Verlauf nach Therapieabschluss wirkt sich positiv auf die Probandeneinschätzung zur Lebenssituation und Therapie aus.

4. Methode

4.1 Fachklinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Regensburg

4.1.1 Klinik: Struktur und Aufbau

Die forensische Klinik am Bezirksklinikum Regensburg, Träger ist der Bezirk Oberpfalz, gliedert sich (Stand 2005) in fünf Stationen für Suchtkranke, drei für psychisch Kranke und eine Kriseninterventionsstation (Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz GmbH, 2006). Aufgrund steigender Patientenzahlen musste die Klinik in den letzten Jahren aus- und umgebaut werden; ein Neubau wurde erstellt, weitere Stationen konnten eröffnet werden. Im § 64 StGB-Bereich werden die Patienten seit einigen Jahren auf einer speziellen Diagnostik- und Motivationsstation aufgenommen, bevor sie auf eine Therapiestation weiterverlegt werden. Da der Frauenanteil allgemein sehr gering ist, werden Frauen direkt auf einer gemischtgeschlechtlichen Station aufgenommen. Auch im § 63 StGB-Bereich werden seit 2006 psychisch kranke Straftäterinnen auf einer gemischtgeschlechtlichen forensischen Station behandelt; vorher waren sie aufgrund der sehr geringen Anzahl in der Allgemeinpsychiatrie des Bezirkskrankenhauses Regensburg untergebracht.

Die infrastrukturellen Bedingungen sind auf den Stationen sehr unterschiedlich: Drei Suchtstationen befinden sich in älteren Gebäudekomplexen mit Mehrbettzimmern (bis zu fünf Personen) und gemeinsam zu nutzenden sanitären Anlagen (Station 7a, 7b und bis November 2006 auch 19a). In zwei Stationen mit besonderer Sicherheitsstufe werden psychisch kranke Rechtsbrecher aufgenommen bzw. Patienten untergebracht (Station 2a und 2b), bei denen ein höherer Sicherungsgrad gefordert ist – v. a. therapieresistente Suchtpatienten, die auf ihre Verlegung in die JVA warten. Mit dem Neubau, der drei Stationen umfasst, wird versucht, mit Ein- bis Zweibettzimmern mit Waschmöglichkeit und wohnlich gestalteten Wohnräumen, Rückzugsmöglichkeiten zu bieten (Station 6a, 6b und 6c). § 63er Patienten schließlich können im Haus 4 mit einem etwas offeneren Charakter selbständige Lebensführung üben. Allerdings schränken in allen Gebäudekomplexen die erforderlichen Sicherungsmaßnahmen (Gitter, hohe Sicherheitszäune, Videoüberwachung etc.) die architektonischen Möglichkeiten zur Schaffung einer positiven, therapiefreundlichen Wohnatmosphäre ein.

Im November 2006 wurden zwei weitere forensische Stationen in Parsberg eröffnet, die Suchtkranke mit kurzen Haftstrafen und ausgewählten Anlasstaten (Gewalt- und Sexualstraftaten sind ausgenommen) behandeln.

Die Regensburger Klinik übernimmt die Komplettversorgung von strafrechtlich untergebrachten Patienten aus dem Raum Oberpfalz. Tabelle 4.1 gibt die Kennzahlen aus dem Geschäftsbericht 2005 wieder.

Tabelle 4.1: Kennzahlen der Forensischen Klinik Regensburg, 2005 (Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz GmbH, 2006)

Vollstationäre Betten	185
Auslastung (%)	120
Vollstationäre Fallzahl	302
Aufnahmen	191
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	267,3

In Regensburg werden vergleichsweise überproportional viele suchtkranke Patienten (§ 64 StGB) behandelt, was auch an der Aufteilung der Stationen abzulesen ist.

Auf den Stationen arbeiten meist ein Psychiater und ein bis zwei Diplom-Psychologen (häufig in Teilzeit), ein Sozialpädagoge, Pflegepersonal und ein Ergotherapeut, der auf der Station Beschäftigungstherapie anbietet. Jeder Station ist eine Stationshilfe zugeordnet, die u. a. die (zentral organisierte) Essensversorgung unterstützt. Drei Sporttherapeuten bieten ihre Angebote klinikübergreifend an. Dafür steht ihnen eine eigene Sporthalle im Neubau zur Verfügung. Auch die Arbeitstherapeuten arbeiten in speziellen Werkstätten außerhalb der eigentlichen Stationsbereiche. In Parsberg ist die Teamstruktur ähnlich.

4.1.2 Therapieangebot

„Ziel der therapeutischen Maßnahmen ist es, die Patienten auf ein selbstbestimmtes und sozial verträgliches, straftatfreies Leben vorzubereiten, und sie wieder in die Gesellschaft zu integrieren“ (Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz GmbH, 2006, S. 12). Das Leistungsspektrum umfasst psychiatrisch-medizinische, psychotherapeutische, psychoedukative und milieutherapeutische Elemente. Jeder Patient wird nach der ersten Zeit auf den Aufnahmestationen (6b für Suchtkranke, 2a für psychisch Kranke)

einem Therapeuten zugeordnet, der ihn bis zur Entlassung begleitet. Da in der forensischen Therapie die Beziehungsarbeit eine wichtige Rolle spielt, wird zudem das Prinzip der Bezugspflege eingesetzt. Neben wöchentlichen Einzelgesprächen nehmen die Patienten auch an Gruppentherapien teil. Dabei handelt es sich zum einen um sog. Basisgruppen, die fortlaufend und themenoffen arbeiten; zum anderen werden spezifische Gruppen zu Rückfallprävention, Sozialkompetenz, Entspannung etc. angeboten. Auch Sexualstraftätergruppen sowie Gewaltgruppen gehören zum Therapieprogramm. Auf den gemischtgeschlechtlichen Stationen werden zudem frauenspezifische Angebote gemacht.

Das therapeutische Programm ist in Stufen festgelegt (A bis D), die die jeweiligen therapeutischen Schwerpunkte beinhalten, aber auch den Grad der gewährbaren Lockerungen festlegen. Dem Patienten dient dieses Programm als Richtschnur und es symbolisiert seinen Fortschritt. Daneben erleichtert die bayernweit gültige Vorgabe und Bezeichnung der Lockerungsabstufungen die Kommunikation intern und extern.

Die Resozialisierungsphase am Ende des Stufenprogramms nimmt einen breiten Raum ein. In sogenannten Resozialisierungsplänen werden mit dem Patienten individuelle Ziele definiert und Schritte zur Zielerreichung festgelegt. Die Themenbereiche umfassen Arbeit, Wohnen, Freizeitgestaltung / Sozialkontakte, Finanzen, Nachsorge (Kontakt zum Bewährungshelfer und Nachsorgetherapeut etc.). Der Patient kann so mit Unterstützung die eigene Entlassung und das zukünftige Lebensumfeld vorbereiten, Kompetenzen testen und ausbauen. Nicht zuletzt ist dieses Vorgehen geeignet, um Eigenverantwortung und Selbstbewusstsein zu stärken. Dem Therapeuten bietet es die Möglichkeit, das Patientenverhalten zu beobachten und u. U. regulierend einzugreifen.

Neben psychotherapeutischen Angeboten liegt ein weiterer Schwerpunkt in der Arbeits- und Beschäftigungstherapie. In den letzten Jahren wurden hier große Veränderungen angestrengt, um anspruchsvolle und realitätsnahe Arbeitsangebote machen zu können. Die Patienten, die keine oder nur geringe Lockerungen haben, sind in stationseigene oder -nahe Beschäftigungstherapien integriert. Lässt es der Gesundheitszustand und die jeweilige Lockerungsstufe zu, wechseln sie in die Arbeitstherapie (Schreinerei, Montage etc.), die mittlerweile auch externe Arbeitsaufträge annehmen kann. Rund 70 Patienten werden dabei von vier Mitarbeitern betreut. In einer speziellen Arbeitsgruppe werden geeignete Patienten, die sich bereits in der Entlassphase befinden, auf zukünftige Arbeitssituationen realitätsnah vorbereitet. Sie erledigen neben handwerklichen Tä-

tigkeiten auf dem Klinikgelände auch Aufträge von Privatpersonen. Ein Ergotherapeut koordiniert und begleitet diese Maßnahme.

Die Sporttherapie bietet den Patienten zum einen die Möglichkeit, Gesundheitszustand und Fitness zu verbessern, zum anderen ist sie ein wichtiger Baustein, um die Gruppenfähigkeit zu testen und soziale Kompetenzen zu erlernen. Auch meditative Körperarbeit wird den Patienten als zusätzliche, freiwillige Gruppe angeboten. Ebenso nicht verpflichtend sind die z. T. stationsübergreifenden Musik- und Kunsttherapiemaßnahmen.

4.1.3 Stufenprogramm

4.1.3.1 § 63 StGB-Stationen

Kommen die Patienten neu in den Maßregelvollzug, werden sie nach einigen Tagen des Ankommens und Eingewöhnens an das Stufenprogramm herangeführt. Viele Patienten wissen wenig über die Therapie, so dass Information und Aufklärung besonders wichtig sind. Auch die körperliche Stabilisierung und u. U. medikamentöse Einstellung spielt in dieser Anfangszeit eine Rolle. Diagnostik und Prüfung der rechtlichen Situation sind weitere Aufgaben, die in der Eingangsstufe erledigt werden müssen. Bei positivem Verlauf kann die nächste Stufe erreicht werden. Ein Stufenwechsel ist immer mit einem Stufenantrag verbunden; d. h., der Patient wird aufgefordert, bestimmte Themenschwerpunkte zu bearbeiten und den eigenen Therapiefortschritt zu reflektieren. Dies findet als öffentliche Auseinandersetzung im sog. wöchentlichen Forum statt, an dem alle Patienten und das diensthabende Team der Station teilnehmen. Im § 63er Bereich kann dieses Vorgehen aufgrund der häufig beeinträchtigenden Psychopathologie variabel gestaltet werden.

Sieht die erste Stufe keinerlei ungesicherte Ausgänge vor, werden bereits in Stufe A die Patienten mit begleiteten Freizeitaktivitäten in einer kleinen Patientengruppe an das Leben außerhalb der Mauern herangeführt. Gerade für langjährig Inhaftierte ist dieser Schritt mit Ängsten und u. U. auch Überforderungserlebnissen verbunden und erfordert auch aus Sicherheitsgründen eine intensive Vor- und Nachbesprechung. Die Stufe A wird mit dem Stufenantrag-Themenschwerpunkt Analyse der Delinquenz und Zusammenhang mit eigener Lebensgeschichte und Persönlichkeit (Verantwortungsübernahme) abgeschlossen.

In Stufe B können sich die Patienten zunächst in einer Patientengruppe ohne Pflegebegleitung, später auch alleine im Klinikgelände aufhalten. Diese Stabilisierungsphase

ermöglicht und fordert zugleich zunehmend mehr Selbständigkeit; die Patienten arbeiten nun in hauseigenen Werkstätten oder der stationsübergreifenden Arbeitstherapie. Die Analyse eigener Stärken und Schwächen sowie die Vermeidung von Straftaten (Risikokompetenz) sind die therapeutischen Schwerpunkte dieser Stufe.

In Stufe C richtet sich der Blick stärker auf das Leben nach der Therapie. Die Patienten verbringen nun mehrstündige Beurlaubungen außer Haus, die sie im Vorfeld intensiv vorbereiten und für die sie eine entsprechende Planung vorlegen müssen. Viele nutzen diese Tage, um ihre Familien zu besuchen oder Freundschaften zu pflegen. Auch das Ausprobieren neuer, bislang ungewohnter Aktivitäten wird gefordert, um den Perspektivenradius zu vergrößern. Selbsthilfegruppen müssen zumindest einmal besucht werden. Eine längere Anbindung wird angestrebt, auch wenn es gerade forensischen Patienten schwer fällt, sich dort zu integrieren. Ab dieser Stufe ist eine Heimunterbringung möglich. Im Übergang zur letzten Stufe muss der Patient mit seinen Bezugstherapeuten einen Resozialisierungsplan vorbereiten. In diesem werden Ziele zu Beruf, Wohnen, Freizeitgestaltung, Finanzen, Sozialkontakte und Nachsorge festgehalten und Zielerreichungsschritte vereinbart.

Die letzte Stufe (Stufe D) nimmt auch zeitmäßig einen breiten Raum im Programm ein und kann mehrere Monate bis zur eigentlichen Entlassung dauern. In langsamen Schritten wird der Patient auf seinem Weg nach draußen begleitet. Zunächst geht es um die Gestaltung des Lebensraumes, die Auslotung beruflicher Möglichkeiten, die Klärung der Wohnsituation, aber auch das Kennenlernen von Freizeitmöglichkeiten und den Aufbau bzw. die Stärkung sozialer Kontakte. Zur eigentlichen Entlassung müssen die Patienten über eine Arbeitsstelle verfügen bzw. adäquate Alternativen (Praktika, Trainingsmaßnahmen der Agentur für Arbeit, Werkstätten etc.) in Anspruch nehmen. Das Bemühen, möglichst alle Patienten auf dem freien Arbeitsmarkt unterzubringen, wird zunehmend schwieriger, wenn nicht unmöglich. Daher müssen zum einen Alternativen gefunden werden, zum anderen auch Arbeitslosigkeit als mögliche Zukunftsperspektive akzeptiert und der Umgang damit vorbereitet werden. Weiter wird, wenn es der Gesundheitszustand zulässt, gefordert, eine eigene Wohnung zu beziehen. Gelingt eine selbständige Lebensführung nicht, werden mit dem Patienten andere Wege gesucht: Betreute Wohnformen, Übergangseinrichtungen oder auch Unterbringung in Heimen. In beiden Grundbausteinen (Arbeit und Wohnen) muss sich der Patient einige Zeit bewähren, bevor eine Entlassung angeregt wird. Um auch die eigenständige Lebensführung realitätsnah erproben zu können, werden dem Patienten in der letzten Phase maximale

Beurlaubungszeiträume bis zu 14 Tagen gewährt, in denen er sich in regelmäßigen Abständen auf der Station meldet und den Kontakt hält.

4.1.3.2 § 64 StGB-Stationen

Grundsätzlich unterscheiden sich beide Bereiche kaum; allerdings ist die inhaltliche Ausgestaltung der Suchterkrankung angepasst, auch der zeitliche Rahmen ist deutlich kürzer. Eine wichtige Hürde nehmen die Patienten bereits in den ersten Wochen. Da gerade bei Suchtkranken die Therapiemotivation häufig nur oberflächlich oder gar nicht vorhanden ist, konzentrieren sich auf der Aufnahmestation die Bemühungen auf Klärung und Aufbau bzw. Festigung motivationaler Aspekte. Dazu ist die Informationsgabe ein wichtiges Mittel, da die Patienten wenig über Therapie wissen oder bisher nur negative Erfahrungen gemacht haben.

Die Stufe O wird als Eingewöhnungs- und Entscheidungsphase bezeichnet; d. h., der Patient soll zum Abschluss in der Lage sein, eine Art Bestandsaufnahme zusammenzustellen, bei der er ausgehend von der Beschreibung der Sucht und Straffälligkeit zu einer Entscheidung für oder gegen die Therapie kommen soll. Gelingt ihm dies und sind auch sonstige Fragen zur Rechtssituation geklärt, kann er auf eine weiterführende Therapiestation wechseln.

In der Stufe A geht es um eine fundierte Auseinandersetzung mit der eigenen Suchtgeschichte, mit dispositionellen und aufrechterhaltenden Faktoren, aber auch um die Analyse der Delinquenzentwicklung. Die Patienten müssen im Stufenantrag ihre Straftaten benennen und sich mit den Folgen auseinandersetzen. Das kann massive Widerstände gerade bei Sexualdelinquenten hervorrufen. Daher wird die Auseinandersetzung in der Einzeltherapie begleitet und vorbereitet.

Die anschließende Stabilisierungsphase (Stufe B) sieht erste Lockerungen vor, die zunehmend mehr Selbständigkeit fordern. Die Patienten können ohne Pflegerbegleitung zu den hauseigenen Werkstätten gehen und auch in einer kleinen Patientengruppe den geschützten Stationsbereich für kurze Zeit verlassen. Inhaltlich setzen sich die Patienten mit einem möglichen Suchtmittelrückfall auseinander. Sie sollen bereits gemachte Erfahrungen reflektieren und analysieren, Vermeidungsstrategien erarbeiten und den Umgang mit einem potentiellen Rückfall vorbereiten. Zum Abschluss der Stufe wird der Patient aufgefordert, ein Gespräch mit Angehörigen und Bezugstherapeut zu organisieren, was ihn häufig vor Probleme stellt, da derartige Kontakte von der forensischen

Klientel eher vermieden werden. Allerdings ist es zur Klärung der sozialen Situation und schließlich zur Vorbereitung des sozialen Empfangsraumes unerlässlich.

In Stufe C, die Außenorientierungsphase, können die Patienten alleine für mehrere Stunden das Gelände verlassen (Tagesbeurlaubung). In einer Patientengruppe ist es zudem möglich, auch abendliche Aktivitäten durchzuführen, wobei einige spezifische Regeln wie genaue Planung, Erreichbarkeit, Nichtverlassen der Gruppe, Verantwortungsübernahme für die Gruppe etc. beachtet werden müssen. Die gemachten Erfahrungen, insbesondere zum Thema Abstinenz, müssen im folgenden Antrag reflektiert werden. Weiter sollen die Patienten die Bereiche Freizeitgestaltung und Schuldenregulierung behandeln und konkrete Schritte benennen. Auch der Besuch einer Selbsthilfegruppe muss getätigt und bewertet werden.

Die Stufe D gliedert sich in drei Abschnitte. In Stufe D1 (Resozialisierungsplanung) werden wie im § 63-Bereich mit Therapeut, Bezugspflege und Sozialpädagogen Ziele zu Beruf, Freizeit, Partnerschaft / Familie und Wohnen erarbeitet und das entsprechende Vorgehen besprochen. Nach vier Wochen werden die Ziele überprüft und u. U. korrigiert. Die Lockerungen dehnen sich in dieser Zeit auf Übernachtungen und selbständige abendliche Ausgänge aus. Auch die Arbeitssuche beginnt. Bei positivem Verlauf gibt der Patient zum Abschluss Rückmeldung über den erstellten Resozialisierungsplan und kann in Stufe D2 (Resozialisierungserprobung) wechseln, die ihm die Aufnahme einer externen Arbeit ermöglicht. In dieser soll er sich mindestens acht Wochen erproben, die Lockerungen werden stärker ausgedehnt, die Patienten beziehen u. U. eine eigene Wohnung. Zum Übergang in Stufe D3 (Bewährungsphase) halten die Patienten im Forum einen Therapierückblick und berichten über das Arbeitsleben und Freizeitverhalten. Wenn die Entlassungsvoraussetzungen (Wohnung, achtwöchige Arbeitserprobung, feste Arbeitsstelle und ein angemessener Stufenantrag) erfüllt sind, wird die bedingte Entlassung bei der zuständigen Staatsanwaltschaft angeregt. In den folgenden Wochen werden die Lockerungen maximal erweitert, so dass der Patient bis zu zwei Wochen außerhalb nächtigen kann, allerdings erreichbar (auch für Drogenscreening und Alkotest) sein und den Gesprächskontakt halten muss.

Gerade in diesen letzten Wochen stoßen viele Patienten an ihre Grenzen. Suchtmittelrückfälle auch bei Suchtpatienten, die das Therapieprogramm bislang unproblematisch absolviert haben, sind zu beobachten. Das Gefühl des Scheiterns kann bisher Erreichtes stark beeinträchtigen oder sogar zunichte machen. Gelingt es, den Patienten frühzeitig aufzufangen, bieten diese Situationen aber die therapeutische Möglichkeit,

erneut in einen Prozess der Auseinandersetzung einzutreten, Überforderungssituationen und den adäquaten Umgang damit zu überdenken. Dies kann u. U. bedeuten, dass der Patient zurückgestuft wird, um Stabilisierung und Neuanfang zu ermöglichen. Auch wenn es dem Patienten eine neue Chance bietet, fordert dieses Vorgehen gerade auf motivationaler Ebene viel; einige Patienten sind dazu nicht (mehr) bereit, so dass weitere therapeutische Bemühungen sinnlos sind und ein Therapieabbruch bei Suchtkranken auch in dieser späten Phase unumgänglich wird.

4.1.4 Stationsordnung

Die Stationsordnung regelt das Zusammenleben auf Station, zeigt Gestaltungsmöglichkeiten, aber auch Grenzen. Es finden sich Angaben zum Wochenablauf, Weck- und Esszeiten, Bettruhe, Fernsehzeiten, Beurlaubungen und Ausgängen, Sportmöglichkeiten etc., aber auch zur Urinabgabe zum Drogenscreening, Vorgehen bei Gewalt, Suchtmittelkonsumrückfällen oder anderen Zwischenfällen. Die Patienten werden zu Therapiebeginn mit der Stationsordnung vertraut gemacht. Nach einer kurzen Eingewöhnungszeit gelten die Regeln verbindlich, Verstöße werden sanktioniert. Die Folgen reichen von Bearbeitung in Form von Kurzreferaten im Forum, Lockerungsrücknahmen (sog. Sperren) über mehrere Wochen bis zur Rückstufung oder auch Therapieabbruch (im Suchtbereich). Gilt es dabei immer, den individuellen Fall zu betrachten und ihm gerecht zu werden, so ist es doch unabdingbar, an gewissen Grundregeln festzuhalten und prompt zu reagieren. Dies ist insbesondere bei Gewaltdrohungen und -handlungen von Bedeutung. Klare Regeln, die auch angewendet und damit Gültigkeit in der Praxis haben, machen die Therapie transparent und erleichtern es dem Patienten, sich zurecht zu finden.

4.2 Studiendesign

4.2.1 Fragebögen

In der vorgestellten Untersuchung werden anamnestische und katamnestische Daten der im Maßregelvollzug behandelten Patienten (im Folgenden wird der Übersichtlichkeit wegen auf die gesonderte Angabe des Geschlechts der Probanden verzichtet mit Ausnahme der speziellen Auswertung von Patientinnendaten) gesammelt und ausgewertet. Eingesetzt werden Fragebögen zur Erfassung von Background- und Therapievariablen

(Fragebogen I) sowie von Kontextvariablen (Fragebogen II). Die Fragebögen können im Anhang D eingesehen werden. Die Erhebungsinstrumente (vgl. Tab. 4.2) sind inhaltlich an bereits publizierte Fragebögen angelehnt und berücksichtigen die in der Literatur beschriebenen Prädiktoren für den weiteren Verlauf nach der Behandlung, werden aber auf Grundlage der Studienintention adaptiert und weiterentwickelt (Ermer & Dittmann, 2001; Hoffmann et al., 1992; Koch, 1988; Pfaff, 1998; Schmitz, 1993; Schneider & Schulz, 1990; Seifert et al., 2001; Thier, 1990).

Tabelle 4.2: Variablengruppen der Fragebögen

Backgroundvariablen Fragebogen I t1 „Entlassung“	Therapievariablen Fragebogen I t1 „Entlassung“	Kontextvariablen Fragebogen II t2 „Katamnese“
<i>Seelisches / körperliches Befinden:</i> Diagnose, Intelligenz, Vorbehandlung etc.	<i>Therapie-Dauer</i>	<i>Seelisches / körperliches Befinden:</i> Suchtmittelrückfall, stationäre / ambulante Behandlung etc.
<i>Forensische Anamnese:</i> Vorstrafen, Deliktqualität etc.	<i>Auffälligkeiten im Therapieverlauf:</i> Entweichungen, Tötlichkeiten, erneute Straftat etc.	<i>Delinquenz</i>
<i>Soziodemographische Daten:</i> Alter, Geschlecht, Bildung, Migration etc.	<i>Suchtmittelrückfall</i>	<i>Soziodemographische Daten:</i> berufliche Situation, Einkommen, Wohnen etc.
<i>Sozialbeziehungen:</i> Familienstand, Kontaktqualität / -quantität etc.	<i>Gesundheitszustand bei Entlassung</i>	<i>Sozialbeziehungen:</i> Änderung Familienstand, Kontaktqualität / -quantität etc.

Neben der Erhebung relevanter Basisdaten zu Anamnese, Therapie und poststationärem Verlauf liegt ein Schwerpunkt auf der Erfassung der Bewertungen durch die Patienten selbst, um weitere Aspekte auch i. S. des Qualitätsmanagements zu erfassen. Zufriedenheitsmaße wurden lange in ihrer Bedeutung für die Einschätzung des Therapieerfolgs und für prognostische Aussagen unterschätzt und liegen daher insbesondere für forensische Patienten kaum oder nur von kleinen Stichproben vor (Bischoff-Mews, 1998; Michalak et al., 2003; Thier, 1990). Subjektive Patientenzufriedenheit bzw. Einschätzungen der Therapieeffektivität und Lebenszufriedenheit werden in der vorliegenden Studie in teilstandardisierten Interviews erfragt (vgl. Tab. 4.3).

Von Patienten, die die Therapie nicht erfolgreich abschließen konnten, sind sehr selten Angaben publiziert, so dass gerade die Aussagen dieser Patientengruppe eine weitere Besonderheit der vorliegenden Studie ausmachen.

Tabelle 4.3: Erhebungsmethode und -zeitpunkt

Methode	Inhalt	Erhebungszeitpunkt
Fragebogen I	Anamnese, Therapieverlauf, sozialer Empfangsraum, Behandlungsergebnis	Entlassung (t1)
Teilstandardisiertes Interview	Erfassung der Patientenzufriedenheit	Entlassung (t1)
Fragebogen II	allg. Lebenssituation, Sucht, Gesundheit, Nachsorge, Delinquenz	Ein-Jahres-Katamnese (t2)
Teilstandardisiertes Interview	Erfassung der Einschätzungen zu Therapieeffizienz und Lebenszufriedenheit	Ein-Jahres-Katamnese (t2)

Basierend auf den Fragebögen und in Anlehnung an publizierte Katamnese Studien werden vier Kriterien zur Erfassung des Therapieerfolgs definiert: *Suchtmittelabstinenz* (§ 64-Patienten) bzw. *anhaltende Verbesserung des psychopathologischen Zustandes* (§ 63-Patienten), *Legalbewährung*, *subjektive Zufriedenheit* und *soziale Integration*.

Die Studie ist das Resultat klinikinterner Diskussionen zur Erfolgseinschätzung. Der Klinikbezug wird auch in der Zusammenstellung der Items deutlich. Auf der einen Seite werden Klinikmitarbeiter interessierende Aspekte berücksichtigt, auf der anderen Seite werden forschungsrelevante Fragestellungen aufgenommen. Das bedeutet auch, dass die Fragebögen im Laufe der Studien-Zeit entsprechend ausgeweitet bzw. adaptiert wurden. Da der Erhebungsaufwand nicht unerheblich ist und von allen Mitarbeitern getragen werden muss, ist eine dritte wichtige Komponente der Fragebogenkonstruktion zu beachten: Eine praktikable Anwendbarkeit, die nicht zuletzt von Übersichtlichkeit und entsprechender Kürze geprägt wird.

4.2.2 Datenerhebung

In den ersten Wochen ihres stationären Aufenthaltes werden alle Patienten der forensischen Klinik Regensburg über die Zielsetzung und den Ablauf der Studie vom behandelnden Therapeuten in einem persönlichem Gespräch informiert. Als Leitfaden dient ein Patientenaufklärungsbogen. Um die Möglichkeit zu haben, nachbehandelnde Therapeuten, Betreuer oder Bewährungshelfer in die katamnestiche Erhebung einzubeziehen (für die Objektivierung bzw. Erweiterung der Informationen sowie Kontaktaufnahme mit dem zu befragenden Patienten von Bedeutung), werden die Probanden gebeten, die oben genannten Personen von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.

Zum Zeitpunkt der Entlassung, in einem Therapieabschlussgespräch, werden die Daten des ersten Erhebungsbogens erfasst (vgl. Tab. 4.3). Die bedingt entlassenen Patienten werden von dem Sozialpädagogen der entlassenden Station nachexploriert, der Abstand zur Entlassung sollte mindestens ein Jahr sein (Fragebogen II „Katamnese“). Dabei ist der größte Aufwand mit der Wohnortrecherche und Kontaktierung des Probanden verbunden. Einige sind nicht sofort zu einem Gespräch bereit und brauchen eine längere Anlaufzeit. Die Zusammenarbeit mit Bewährungshelfern kann dabei von großem Nutzen sein. Zudem können diese, wenn die entsprechende Schweigepflichtentbindung vorliegt, Informationen über Nichterreichbare liefern, so dass die Schwundquote möglichst klein gehalten werden kann.

Um eine höhere Kooperationsbereitschaft zu erzielen, werden die Probanden bei Einverständnis zu Hause aufgesucht. Dieses Vorgehen bietet zwei Vorteile: Zum einen kann so „Schwellenängsten“ begegnet werden, zum anderen ist der Informationsgehalt weitaus höher, da der Interviewer auch das Lebensumfeld kennen lernen kann.

Insbesondere die gewählte Erhebungsmethode, aber auch der Einschluss nahezu aller forensischen Patienten der Klinik machen die Besonderheiten der Studie aus. Im Gegensatz zu den meisten vorliegenden Katamnese Studien wird mit der Untersuchung versucht, ein umfassendes Bild des forensischen Klientels zu erlangen. Daher werden zum Erhebungszeitpunkt 1 keine spezifischen Ein- bzw. Ausschlusskriterien formuliert; lediglich das Ausschlusskriterium „keine Therapieteilnahme / Aufenthalt wenige Tage“ ist bei Probanden, die nach §§ 63 oder 64 StGB untergebracht sind, notwendig. Es garantiert, dass nur Daten von Patienten eingeholt werden, die tatsächlich das Therapieprogramm durchlaufen bzw. kennen gelernt haben. Bei vorläufig Unterbrachten (§ 126 a StPO) fällt dieses Auswahlkriterium weg, da dieses Klientel anderen rechtlichen und damit meist auch behandlungsbezogenen Bestimmungen unterliegt.

Auch über den weiteren Werdegang nach Entlassung werden alle möglichen Informationen eingeholt; d. h., nicht nur Aktenkundliches (über Bewährungshelfer), sondern auch behördlich Unentdecktes bzw. über die Aktenlage Hinausgehendes. Auf diese Weise soll u. a. das bereits mehrfach genannte Dunkelfeldproblem angegangen werden. Dem Anspruch von Vollständigkeit kann man nur gerecht werden, wenn Patienten direkt befragt werden. Der direkte Kontakt wird aber in den meisten Studien vermieden, da der Zugang zu forensischen Patienten als schwierig gilt (Koch, 1988; Ritzel, 1978). Auch befürchten viele Studienleiter Antwortverzerrungen gerade bei Delinquenzangaben. Nicht zuletzt scheut man den erheblichen Arbeitsaufwand. Die wenigen Studien,

die dennoch zumindest teilweise versuchen, Angaben von den ehemaligen Patienten selbst zu erhalten, machen allerdings eher gegenteilige Erfahrungen (Ritzel, 1978; Thier, 1990). Gerade Ritzel (1978), der eine größere Stichprobe untersucht, hat selten tendenziöse Aussagen erhalten. Reine Aktenstudien haben zudem den großen Nachteil, viele Informationen nur gefiltert oder überhaupt nicht zu bekommen; insbesondere Angaben zu Suchtmittelkonsum bzw. psychopathologischem Zustand sind aus Akten häufig nicht zu entnehmen. Gründe dafür liegen zum einen in der schwankenden Qualität der Berichte u. ä., zum anderen in der Verschwiegenheit vieler Bewährungshilfeklienten, die entsprechende Vorfälle der Nachsorgestelle aus Angst vor juristischen Sanktionen verheimlichen (Koch, 1988; Seifert, 2007).

Eine Einschränkung bei der Follow-up-Befragung, die sich aus der Studienintention ableitet, muss allerdings gemacht werden: Es werden nur ehemalige Patienten nachexploriert, die aus der Therapie heraus tatsächlich in Freiheit (eigene Wohnung, Heim oder auch komplementäre Einrichtung) entlassen wurden. Eine fehlende Bewährungsmöglichkeit nach Entlassung (z. B. bei einem Abbruch der Therapie mit anschließendem Vollzug der Freiheitsstrafe nach § 67 d Abs. 5 StGB) ist daher im Gegensatz zur Befragung bei Entlassung ein Ausschlusskriterium für die Ein-Jahres-Katamnese; ebenso (aus datenschutzrechtlichen Gründen) eine Verweigerung bzw. Rücknahme der Einverständniserklärung.

Auch wenn der Beobachtungszeitraum mit einem Jahr kurz ist, sprechen einige Argumente für eine überschaubare und begrenzte Zeitdauer. Je länger ein Beobachtungszeitraum ist, desto mehr Ausfälle (z. B. Tod, unbekannter Wohnort) muss man in Kauf nehmen (Ritzel, 1978). Im Hinblick auf die eher kritische Patient-Team-Beziehung in einer forensischen Klinik kann erwartet werden, dass die Teilnahmebereitschaft, die grundsätzlich als hochproblematisch gilt, mit zunehmender Distanz zur Einrichtung sinken wird. Nicht zuletzt spricht auch eine inhaltliche Überlegungen für einen Ein-Jahres-Zeitraum: Aus der vorliegenden Literatur ist bekannt, dass sowohl bezüglich Abstinenz- als auch Legalverhalten das erste Jahr nach der Entlassung entscheidend ist (Bischoff-Mews, 1998; Lincoln et al., 2005; Seifert, 2007).

Der Erhebungszeitraum der Daten, die für die vorliegende Studie ausgewertet werden, beginnt im März 2001 und endet im Dezember 2006.

4.2.3 Datenauswertung

4.2.3.1 Statistische Datenauswertung

Die statistische Datenauswertung wird mit dem Programm SPSS 12.0G für Windows, Version 12.0.1, vorgenommen.

Überwiegend werden Items mit Antwortmöglichkeiten auf nominalem bzw. ordinalem Skalenniveau formuliert. Die Rückfallvariablen (Legalverhalten und Abstinenz bzw. psychopathologischer Zustand) werden zur besseren Veranschaulichung in den meisten Analysen dichotomisiert. Mit Häufigkeiten und Kreuztabellen werden die Basisdaten dargestellt, zur Ermittlung von Zusammenhängen zwischen einzelnen Variablen werden Kontingenzanalysen durchgeführt. Mit Chi-Quadrat-Tests wird die Signifikanz bestimmt. Der U-Test von Mann-Whitney wird als Signifikanztest für die Prüfung zweier Stichproben mit ordinalskalierten Daten, die eine Rangreihe bilden, auf Unterschiede in der zentralen Tendenz eingesetzt. Problematisch bleibt die teilweise geringe Stichprobenausprägung in einzelnen Unterklassen. Daher werden u. U. geeignete Kategorien zusammengefasst bzw. es muss auf eine statistische Absicherung verzichtet werden. Chi-Quadrat-Tests werden dann meist nicht aufgeführt, wenn bei über 20 % der Zellen eine erwartete Häufigkeit kleiner fünf vorliegt. In diesem Falle wäre die Zuverlässigkeit des Tests stark eingeschränkt.

Das forensische Klientel ist in vielen Aspekten eine heterogene Gruppe; so besteht bei Subgruppenvergleichen die Gefahr, verfälschende Ergebnisse zu bekommen. Da Matching, zur Ausschaltung von Störvariablen, zu kleineren Stichproben bzw. Validitätseinschränkungen führt, werden die Subgruppen sorgfältig nach vergleichbaren Merkmalen ausgewählt; z. B. nach Diagnose, Delikttyp, Alter (Bortz & Döring, 1995).

Wenn Items nicht beantwortet werden bzw. werden können, wird ein differenziertes Codierungssystem eingesetzt, um dennoch Informationen über die Hintergründe zu gewinnen. Es wird dabei unterschieden, ob ein Item nicht zur Situation des Probanden passt (*nicht zutreffend / entfällt*), der Proband eine Beantwortung verweigert (*keine Antwort / keine Angabe*), die gemachten Angaben widersprüchlich sind (z. B. Mehrfachantworten bei dafür nicht geeigneten Items) oder das Item vom Interviewer aus Mangel an geeigneten Informationsquellen (der Proband ist bereits entlassen etc.) nicht beantwortet werden kann (*systemdefiniert*).

4.2.3.2 Inhaltsanalytische Auswertung der Interviews

Die Interviews, die mit den Probanden zu beiden Messzeitpunkten geführt werden, werden einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Aus den ersten 100 Interviews werden Kategorien gebildet (Bortz & Döring, 1995).

Tabelle 4.4: Kategorisierung der Interview-Fragen, Fragebogen I (t1 „Entlassung“)

Wovon haben Sie profitiert?	Was hat Ihnen gefehlt?	Was fanden Sie unangenehm, wo hatten Sie Schwierigkeiten?	Haben Sie Verbesserungsvorschläge?
Therapiemodule mit Fokus auf Gespräch und Beziehung	Freiheit (Selbständigkeit)	Beginn der Therapie (Eingliederung)	Mehr Freiheitsgrade
Begleitende Therapiemodule mit Beschäftigungscharakter	Teamvariablen (Beziehungs-, Behandlungsaspekte)	Offenheit & Ehrlichkeit	Team-Patient-Verhältnis
Strukturgebende Maßnahmen	Therapiemodule Therapieinhalte	(persönliche) Veränderung	Stationskonzeption (Homogenität)
Therapieinhalte	Infrastrukturelle Aspekte	Entlassphase	Therapiemodule Therapieinhalte
Resozialisierungsmaßnahmen	Patientenmilieu	Einhalten von Regeln & Stationsordnung	Infrastrukturelle Aspekte
Team (Beziehungsaspekt)	Persönliche Anteile (Motivation, spezifische Fähigkeiten)	Stufenantrag / Forum (öffentliche Auseinandersetzung)	Konsequentes Teamverhalten
Patientenmilieu (Gruppenerleben, Modelllernen)		Patientenmilieu (Sozialverhalten, Gruppenhierarchie)	Freizeitbereich (auf und außerhalb der Station)
		Einschränkende Maßnahmen	
		Therapiemodule (Inhalte, Setting)	
		Teamvariablen (Beziehungsungleichgewicht)	
		Infrastrukturelle Aspekte	
		Zwang	
		Abstinenz (Motivation, Transfer in Praxis)	

Zur Objektivierung der Angaben wird ein interpersonaler Konsens als Gütekriterium herangezogen: Mit einem in der Forensischen Klinik tätigen Sozialpädagogen, der nicht weiter mit der Datenauswertung beschäftigt ist, werden die Vorschläge diskutiert und ein Konsens gebildet. In Tabelle 4.4 werden die Fragen des ersten Interviews sowie die entsprechenden Kategorien zusammengestellt.

Die Angaben zur Frage **Wovon haben Sie profitiert?** lassen sich in sieben Kategorien zusammenfassen. Bei den *Therapiemodulen* werden insbesondere diejenigen mit hohem Gesprächsanteil und vertrauensvoller Beziehung zum Gesprächspartner positiv eingeschätzt (Einzel-, Gruppenpsychotherapie, Pflegegespräche etc.). Davon abgrenzen lassen sich *begleitende Module mit Beschäftigungscharakter* (Arbeits- und Beschäftigungstherapie sowie Sporttherapie). Therapeutischer Rahmen, Stationsordnung, Zwang und Kontrolle, beschützende Umgebung, Tagesstruktur etc. sind Inhalte der Kategorie *strukturgebende Maßnahmen*. Die Kategorie *Therapieinhalte* umfasst die Auseinandersetzung mit Biographie, Sucht- und Delinquenzentwicklung, Stressmanagement, Aggressionskontrolle etc. *Resozialisierungsmaßnahmen* wie die schrittweise Lockerungsgewährung und -erprobung, die zunehmende Selbständigkeit und Verantwortungsübernahme werden als wichtige Schritte zur Erreichung des Therapieziels eingestuft. Das *Team* wird insbesondere im Zusammenhang mit Beziehungsaspekten geschätzt: Verfügbarkeit von Ansprechpartnern, Bezugstherapeuten als Vertrauenspersonen, Sich ernst- und wahrgenommen fühlen etc. Als letzte Kategorie werden Aspekte des *Patientenmilieus* genannt: Modelllernen, Sozialkontakte, Gruppenerleben, Gemeinsamkeiten entdecken, Übungsfeld.

Was hat Ihnen gefehlt? ist die zweite Frage, die im Interview gestellt wird. Hier lassen sich sechs Kategorien bilden. *Freiheit* meint nicht nur die reale Freiheit, sondern auch Selbständigkeit, nicht reglementierte Möglichkeit zur Pflege von Außen-, insbesondere Familienkontakten, Lockerungsgewährung etc. *Teamvariablen* gliedern sich in zwei Subgruppen: Beziehungs- (Offenheit, Respekt etc.) und Behandlungsaspekte (fachliche Kompetenz, Therapieorganisation, Individualität in der Behandlung etc.). Als dritte Kategorie werden *Therapiemodule bzw. -inhalte* zusammengefasst: Sport, themenspezifische Gruppentherapie, Trainingsgruppen etc., sowie Information zu diversen Bereichen, Psychoedukation, Suchtanalyse etc. *Infrastrukturelle Aspekte* betreffen u. a. die Privatsphäre, Bewegungsmöglichkeiten auf Station oder im Gelände, Einzelzimmer, moderne sanitäre Anlagen. Die Kategorie *Patientenmilieu* umfasst den fehlenden Zusammenhalt, die Gruppenhomogenität, den Mangel an Offenheit und Respekt unter den Patienten. Als letzte Kategorie werden *persönliche Anteile* genannt, die der Proband selbstkritisch als fehlend einschätzt. Dabei werden insbesondere Therapiemotivation und Änderungsbereitschaft defizitär erlebt, aber auch sprachliche oder intellektuelle Fähigkeiten.

Die dritte Frage **Was fanden Sie unangenehm, wo hatten Sie Schwierigkeiten?** wird umfangreich beantwortet, so dass hier 13 Kategorien für eine sinnvolle Interpretation nötig sind. Vier Kategorien beschäftigen sich mit dem Therapieprozess. Die Erste (*Beginn der Therapie*) umschreibt die Schwierigkeiten, die viele Patienten am Anfang haben: Vertrauen fassen, sich auf Neues einlassen, sich auf Station eingewöhnen, Ressentiments abbauen etc. *Offenheit und Ehrlichkeit* sind in der Therapie von großer Bedeutung, stellen aber für viele eine Hürde dar. Therapeuten werden eher distanziert erlebt, so dass es schwierig sei, Vertrauen aufzubauen; Angst spielt ebenso wie Scham eine Rolle; auch Bagatellisierungstendenzen und positiv gefärbte Selbstdarstellungswünsche stehen der Forderung nach Offenheit entgegen. Einige Patienten haben zudem den Eindruck gewonnen, dass es für das Weiterkommen in der Therapie sinnvoller sei, Wahrheiten zu verfälschen bzw. sozial erwünscht zu agieren. Offenheit und Ehrlichkeit stünden in dieser Denkrichtung dem Ziel einer baldigen Entlassung entgegen. Als dritte Untergruppe werden *Veränderungen* als problematische Kategorie genannt. Angst vor Neuem, Unsicherheit, aber auch mangelnde Änderungsbereitschaft sind dafür exemplarisch genannte Hintergründe. Schließlich ist die *Entlassphase* für viele Patienten mit Schwierigkeiten verbunden: Überforderung, Spagat zwischen Drinnen und Draußen, Fehlen eines sozialen Netzes, defizitäres Stressmanagement sind einige Faktoren, die angesichts der häufig mehrmonatigen Dauer dieser letzten Therapiestufe eine besondere Gewichtung erfahren. In eine ähnlich persönliche Richtung gehen Angaben, die sich auf Schwierigkeiten bzgl. Abstinenz beziehen. Damit sind nicht nur motivationale Aspekte gemeint, sondern auch Schwierigkeiten, das theoretisch Erarbeitete in die Praxis zu transferieren. Auf einer anderen Ebene werden *infrastrukturelle Aspekte* (Mehrbettzimmer, kein Rückzugsraum, schlechte sanitäre Anlagen etc.) kritisiert. *Therapiemodule* wie Pflegegespräche, Psychotherapie, Arbeitstherapie, Rückfallberichte etc. werden zum einen unangenehm aufgrund ihrer Inhalte, zum anderen aufgrund ihres Charakters (Sich ausgeliefert fühlen in der Einzeltherapie, Offenlegen von Schwächen im Rückfallbericht etc.) erlebt. In ähnlicher Weise kann die Kategorie *Stufenantrag / Forum* erklärt werden. Angst vor einer öffentlichen Auseinandersetzung, Schwierigkeiten im Umgang mit Kritik, aber auch sprachliche Defizite spielen hier eine Rolle. Das *Einhalten von Regeln und Stationsordnung* ist gerade für forensische Patienten schwierig. Hier spielen Bevormundungsempfindungen eine Rolle, aber auch generell das Problem, Grenzen zu akzeptieren, sich ein- und unterzuordnen. Eine spezielle Situation ist die Urinabgabe zum Drogenscreening unter Aufsicht, die viele als groben Eingriff in die

Intimsphäre erleben. *Einschränkende Maßnahmen* werden als weitere Kategorie gebildet: Lockerungsrücknahme, Isolierung bzw. Fixierung, Kriseninterventionsmaßnahmen, Handschellen bei Ausgängen usw. werden selten unproblematisch gesehen. Nicht verwunderlich wird auch *Zwang* (keine Entscheidungsgewalt haben, Therapeuten als Handlanger der Justiz erleben etc.) in der Negativauflistung genannt und aufgrund der besonderen Relevanz im strafrechtlichen Kontext als eigene Kategorie aufgelistet. *Teamvariablen* spielen auch in diesem Kategoriensystem eine Rolle. Insbesondere der Beziehungsaspekt wird hier angesprochen: Macht vs. Ohnmacht, das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, Uneinheitlichkeiten im Team lösen Unsicherheiten beim Patienten aus etc. Aber auch Aspekte, die das *Patientenmilieu* betreffen, sind von Bedeutung: Angst, räumliche Enge, Rücksichtslosigkeit, unterschiedliche Interessen, Umgang mit diversen psychiatrischen Störungsbildern usw. werden genannt.

Haben Sie Verbesserungsvorschläge? werden die Patienten zum Abschluss gefragt. Anhand der Aussagen können sieben Kategorien gebildet werden. Nicht überraschend werden mehr *Freiheitsgrade* gefordert; hierunter sind Steigerungen in der Gewährung von Lockerungen, Schaffung eines größeren persönlichen Freiraumes, aber auch therapieimmanente Aspekte wie Individualisierung des Therapieprogramms subsumiert. *Therapiemodule* (Ausbau der Gruppentherapie und Sporttherapie, Regelmäßigkeit der Einzeltherapiesitzungen etc.) und *Therapieinhalte* (Rückfallprävention, Stressmanagement etc.) sind zwei Einheiten, die sich auf die *Therapie* beziehen. Der *Freizeitbereich* scheint ebenfalls verbesserungswürdig. Auf Station wünschen sich die Probanden mehr Beschäftigungsmöglichkeiten für untere, lockerungsarme Stufen; bei begleiteten und unbegleiteten Freizeitaktivitäten außerhalb des Geländes wäre eine Steigerung in Quantität und Qualität sinnvoll, um einen adäquaten Umgang mit freier Zeit zu lernen. Das *Verhältnis Team-Patient* ist auch in den vorangegangenen Categoriesystemen ein häufig genannter Aspekt. Die Patienten wünschen sich auf der Beziehungsebene mehr Vertrauen, gegenseitigen Respekt und weniger Macht-Ohnmacht-Gefälle und fordern mehr Gerechtigkeit und Transparenz. Die Forderung nach einem *konsequenten Teamverhalten* steht zuweilen im Kontrast zu anderen Kategorien. Gleichbehandlung rückfälliger Patienten, konsequente Anwendung von Sanktionen, Einfordern von Therapiefortschritten, mehr Kontrollen werden dabei u. a. genannt. Vorschläge zur *Stationskonzeption* lassen sich ebenso als Versuche zur atmosphärischen Verbesserung interpretieren: Differenzierung nach Störungsbildern bzw. Straftaten, Homogenisierung des Patientenpools, Aufstockung des Personals, bessere Qualifikation des Personals etc. Auch Ver-

änderungen bei *infrastrukturellen Aspekten* (Ein-, Zweibettzimmer, Renovierung der sanitären Anlagen, Rückzugsräume etc.) dienen letztendlich der Verbesserung der Lebenssituation auf der Station.

Zum zweiten Messzeitpunkt werden die Interviewfragen wiederholt. In gleicher Weise wie bei Fragebogen I werden die gemachten Aussagen inhaltsanalytisch ausgewertet und kategorisiert, um eine interpretierbare Grundlage zu schaffen (Tab. 4.5).

Tabelle 4.5: Kategorisierung der Interview-Fragen, Fragebogen II (t2 „Katamnese“)

Wovon haben Sie profitiert?	Was hat Ihnen gefehlt?	Was fanden Sie unangenehm, wo hatten Sie Schwierigkeiten?	Haben Sie Verbesserungsvorschläge?
Therapiemodule mit Fokus auf Gespräch und Beziehung	Freiheit (Selbständigkeit)	Beginn der Therapie (Eingliederung)	Individualität in der Behandlung
Arbeits- und Beschäftigungstherapie	Sozialkontakte	Kontakt zu Teammitgliedern	Konsequentes Teamverhalten, Kontrolle & Struktur
Information	Teamvariablen (qualitativ, quantitativ)	Ohnmacherleben, Sich-Ausgeliefert-Fühlen	Team-Patient-Verhältnis
Selbsterfahrung	Patientenmilieu	Einschränkende Maßnahmen	Eigenverantwortlichkeit & Ernstgenommen-Werden
Umgang mit Regeln & Disziplin	Therapiekonzept	Offenheit & Auseinandersetzung	Realitätskonfrontation
Resozialisierungsmaßnahmen	Kontrolle, Struktur	Stationsordnung & -ablauf	Maßnahmen zur Verbesserung des Stationsklimas
Team (Ansprechpartner)	Lockerungen	Stufenantrag / Forum (Öffentlichkeit)	Infrastrukturelle Aspekte
Gruppenerleben (Mitpatienten)	Freizeitaktivitäten	Infrastrukturelle Aspekte	Stationskonzeption (Homogenität)
Lockerungen	Beschäftigungsmöglichkeiten auf Station	Patientenmilieu (Zusammenleben, Angst...)	Wahrung der Intimsphäre
Abschirmung, Distanz, Kontrolle & Zwang	Rückzug, Ruhe, Privatsphäre	Abstinenz (Motivation, Transfer)	Therapiemodule
Freizeitgestaltung		Therapiemodule (Inhalte, Setting)	
Deutsch-Lernen			
Zeit			

Bei der Frage **Wovon haben Sie profitiert?** werden einige Aspekte ähnlich wie beim ersten Befragungszeitpunkt genannt, andere werden konkretisiert bzw. in ihrer Gewichtung verschoben. Die *Therapiemodule mit Fokus auf das Gespräch* werden äquivalent zu Interview I als effektiv empfunden. Auch andere Therapiemaßnahmen werden positiv eingeschätzt; explizit werden die *Beschäftigungs- und Arbeitstherapie* genannt, die

eine Belastbarkeitserprobung ermöglichen und Erfolgserlebnisse vermitteln können. Inhaltlich schätzen die Patienten *Selbsterfahrung und Information* als wichtige Therapieelemente, aber auch *Deutschlernen*. Erfahrungen im *Umgang mit Regeln und Disziplin* werden zumindest mit einigem Abstand zur Therapie als sinnvoll und gewinnbringend eingestuft. Unterstützung bei der *Resozialisierung*, konkrete Hilfen und das Erleben eines Auffangnetzes bei Schwierigkeiten sind wie beim ersten Befragungszeitpunkt positiv eingestufte Therapieschritte. Konkreter als beim ersten Zeitpunkt wird die Verfügbarkeit von Ansprechpartnern im *Team* als wichtig genannt. Auch das *Gruppenerleben* wird wie bei Entlassung positiv eingeschätzt (Modelllernen, Feedback bekommen, Unterstützung etc.). *Lockerungen* und *Abschirmung*, *Distanz*, *Kontrolle* bzw. *Zwang* sind nur auf den ersten Blick widersprüchliche Kategorien. Die Patienten schätzen die Möglichkeit, sich schrittweise zu erproben; aber sie können auch, zumindest ein Jahr nach Entlassung, positiv bewerten, mit einer stark kontrollierenden und reglementierenden Therapie aus ihrem bisherigen Leben herausgenommen worden zu sein, auch wenn dies unter Zwang geschehen ist. Weiter wird im Gegensatz zur ersten Befragung nun deutlich herausgehoben, wie wichtig gerade für die Legalbewährung und insbesondere das Abstinenzverhalten das Erlernen einer sinnvollen *Freizeitbeschäftigung* ist. Die lange Verweildauer in der Therapie, das *Zeit-Haben* für Veränderungen hat abschließend für viele ehemalige Patienten einen gewinnbringenden Effekt.

Die zweite Frage **Was hat Ihnen gefehlt?** wird wie beim ersten Interview von vielen mit *Freiheit* beantwortet. Explizit werden *Sozialkontakte* bzw. die Möglichkeit, diese zu pflegen, als unzureichend bzw. fehlend genannt. Ebenfalls ähnlich wie bei Interview I werden *Teamvariablen* kritisiert, die sich auf qualitative aber auch quantitative Aspekte beziehen: Kompetenzdefizite bzw. geringe Kontaktfrequenz usw. Auch das *Patientenmilieu* wird problematisch erlebt: Kein Zusammenhalt, Vertrauen und Gemeinschaftsgefühl. Kritisiert wird zudem die ungleiche Motivationslage der Patienten. Das *Therapiekonzept* wird insofern mangelhaft erlebt, als es auf Teamebene zu wenig Möglichkeiten für konsequentes Handeln (z. B. im Umgang mit fraglich motivierten Patienten) und auf Patientenebene zu wenig Raum für Individualität bietet. *Struktur und Kontrolle* werden so häufig explizit als fehlend genannt, dass sie eine eigene Kategorie bilden. Wie bei der ersten Frage muss die nächste Kategorie *Lockerungen* dazu nicht im Widerspruch stehen, da das Sich-Ausprobieren und Erproben dann gelingen kann, wenn die therapeutischen Rahmenbedingungen eine sichere Basis mit klaren Regeln bieten. Die Patienten erleben aber die Lockerungsmöglichkeiten als quantitativ und qualitativ zu gering.

Schätzen die Probanden das Erlernen einer sinnvollen Freizeitgestaltung als positives Therapieelement ein (vgl. Frage 1), so kritisieren sie konsequenterweise das Angebot an *Freizeitaktivitäten* in der Therapie. Diese würden zu selten angeboten, sie würden oft wegen Personalmangel entfallen, seien zu monoton und nicht auf die Lebenssituation der Patienten abgestimmt, so dass der Lerneffekt reduziert würde. Auf Station sei es oft langweilig, es *fehlen Beschäftigungsmöglichkeiten*, aber auch *Rückzugs- und Ruhemöglichkeiten*, die *Privatsphäre* könne nicht gewahrt werden. Im Gegensatz zum ersten Interview fehlen selbstkritische Angaben zu Motivation oder Änderungsbereitschaft; dies kann damit erklärt werden, dass ein Jahr nach Entlassung nur die ehemaligen Patienten befragt werden, die erfolgreich entlassen werden konnten, während bei Zeitpunkt I alle Patienten der Klinik unabhängig vom Entlassungsmodus und damit der Güte des Therapieverlaufs in die Studie eingeschlossen werden.

Was fanden Sie unangenehm, wo hatten Sie Schwierigkeiten? ist die dritte Frage des Interviews. Wie zum ersten Messzeitpunkt empfinden die Probanden den *Beginn der Therapie* als schwierig: Sich-Einfinden, mit Regeln umgehen und zugleich Vertrauen aufbauen. Viele Probanden erleben die *Stationsordnung und -ablauf* (Regeln zur Urinabgabe beim Drogenscreening, Postenübernahme, frühes Wecken etc.) derart unangenehm, dass sie auch ein Jahr nach Entlassung dies als Negativaspekt nennen. Gleichbleibend problematisch sei der *Kontakt zu Teammitgliedern* wobei *Ohnmachtgefühle und Sich-Ausgeliefert-Fühlen* eine Rolle spielen, aber so häufig explizit genannt werden, dass sie eine eigene Kategorie bilden. Zu diesen negativen Gefühlsqualitäten tragen wohl auch erlebte *einschränkende Maßnahmen* (Isolierung, Lockerungsrücknahme etc.) bei, die wieder als eigene Kategorie genannt werden. Schwierigkeiten mit *Offenheit und geforderter Auseinandersetzung* beziehen sich im Gegensatz zur ersten Befragung weniger auf die Gesamtsituation Therapie, sondern vielmehr auf die eigene Person. Es werden weiter verschiedene *Therapiemodule* genannt, die aufgrund ihres Settings (z. B. öffentliche Auseinandersetzung in der Gruppentherapie, Überforderung in der Arbeitstherapie) oder aber problematischer Patient-Teammitglied-Kontakte als schwierig erlebt werden (kein Vertrauensverhältnis, Sich-Überfordert-Fühlen etc.). Das Modul *Stufenantrag bzw. Forum* wird auch ein Jahr nach Entlassung als unangenehm bewertet. Die öffentliche Auseinandersetzung, sich der Kritik stellen und Feedback geben sind und bleiben ungewohnte und u. U. angstbesetzte Elemente. Die *infrastrukturellen Bedingungen* (insbesondere fehlende Privatsphäre wegen Mehrbettzimmern) werden ebenso wie bei Entlassung als unzureichend genannt. Das Zusammenleben mit vielen Patienten,

die in Persönlichkeitsmerkmalen, Interessen, aber auch in psychiatrischen Erkrankungsbildern unterschiedlich sind, ist für viele sehr schwierig (*Patientenmilieu*). Die häufig straffhaft-sozialisierten Patienten schaffen es nicht, einen angst- und intrigenfreien Lebensraum aufzubauen. Drogenrückfälle und anderes therapiefeindliches Verhalten erschweren die Situation für Mitpatienten. Auch im zweiten Interview schildern einige Probanden *Abstinenz* als problematisches Ziel und meinen dabei sowohl motivationale als auch handlungsbezogene Aspekte.

Haben Sie Verbesserungsvorschläge? ist wiederum die letzte Frage. Die Aussagen hierzu sind differenziert. Klarer als beim ersten Befragungszeitpunkt wird mehr *Individualität* in der Behandlung gefordert. Gleichzeitig wird ein *konsequentes Vorgehen* von den Therapeuten gerade im Umgang mit therapiefeindlichem Verhalten (Rückfälle, Manipulationen, Aggression etc.) angemahnt. *Kontrolle und Struktur* in der Therapie bzw. im Stationsablauf gehören ebenfalls zu den Forderungen. *Teamvariablen* bilden eine weitere Kategorie. Die Nennungen unterscheiden sich kaum vom ersten Zeitpunkt: Offenheit, Sich als Ansprechpartner anbieten, fachliche Kompetenz etc. Interessanterweise wird nun auch erkannt, dass Transparenz bei Team-Handlungen und in der Entscheidungsfindung einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Team-Patienten-Kontakte leisten kann, dass es also nicht nur um die Teamentscheidung (Was wird entschieden?) an sich, sondern auch um das Vorgehen (Warum wird so entschieden?) geht. *Eigenverantwortlichkeit und Ernstgenommen-Werden* sind weitere Aspekte im Team-Patienten-Verhältnis, die ähnlich bereits bei Entlassung gefordert werden. Etwas differenzierter als bei Interview I wird in der zweiten Befragung die *Realitätskonfrontation* als elementar und ausbauwürdig genannt. Nicht nur die Förderung von Freizeitaktivitäten, sondern auch ein Stärken lebenspraktischer Fähigkeiten unter realitätsnahen Bedingungen seien notwendig. Zur *Verbesserung des Stationsklimas* werden einige explizite Vorschläge gemacht: Achten auf Ruhezeiten, Schaffen von Möglichkeiten zum Spannungsabbau, schnelleres Identifizieren und Verlegen von Therapieunmotivierten etc. *Infrastrukturelle Aspekte* (Ein-, Zweibettzimmer, kleinere Stationen etc.) und *Stationskonzeption* (Homogenisierung: Trennung nach Geschlecht, Diagnosen, Straftaten, Nationalität, Suchtmittel etc.) kommen wieder als eigene Kategorien vor, auch wenn sie ebenso zur Stationsklimaverbesserung beitragen. *Wahrung der Intimsphäre* ist eine nun deutlich stärker vertretene Forderung, die sich nicht nur auf Räumliches, sondern auch auf Zwischenmenschliches bezieht. Letzteres betrifft z. B. Durchführung von Zimmerkontrollen, Leibesvisitationen und Urinabgaberegeln, aber auch das therapeutische Vorgehen (z. B.

Druck zur offenen Auseinandersetzung mit Sexualstraftaten etc.). Zuletzt wird eine eigene Kategorie gebildet, die Vorschläge zum *Ausbau des Therapieangebotes* macht: U. a. mehr Indikativgruppen (z. B. Rollenspielgruppe, Trainingsgruppen, Musiktherapie etc. auf freiwilliger Basis), Sport (auch auf Station für nicht lockerungsfähige Patienten) und Beschäftigungsmöglichkeiten auf Station.

4.2.4 Stichprobe

4.2.4.1 Probandenpool

Die Stichprobe setzt sich aus den Patienten der Klinik für forensische Psychiatrie am Bezirksklinikum Regensburg zusammen, die nach entsprechender Patientenaufklärung einer Teilnahme zustimmen. Die Teilnahme ist freiwillig. Alle Patienten sollen erfasst werden mit Ausnahme der Patienten, die nicht am forensischen Therapieprogramm teilnehmen: Zu begutachtende Patienten (§ 81 StPO) und Patienten, die in der Allgemeinpsychiatrie am Bezirksklinikum und nicht in der Forensischen Klinik behandelt werden (betrifft bis 2005 Patientinnen mit Rechtsgrundlage § 63 StGB sowie vereinzelt Suchtkranke). Seit 2006 haben sich konzeptionelle Veränderungen ergeben, die z. B. die Behandlung von § 63er Frauen betrifft. Sie werden nun auf einer gemischtgeschlechtlichen Station der Forensischen Klinik behandelt. Für die vorliegende Auswertung spielen sie (aktuell handelt es sich um zwei Patientinnen) allerdings keine Rolle, da im Erhebungszeitraum keine weibliche § 63er Untergebrachte entlassen wurde. Auch die Eröffnung zweier Stationen in Parsberg (November 2006) fällt nicht weiter ins Gewicht, da auch von dort bis zum Erhebungsschluss noch keine Patienten entlassen wurden.

Wird eine katamnestische Untersuchung eingesetzt, um ein Therapieprogramm bewerten zu können, wären Kontrollgruppen als implizites Vergleichsmaß nötig. Das ist im strafrechtlichen Kontext nicht möglich. Der Ausweg über den Vergleich von Kliniken ist wiederum problembehaftet aufgrund der unbekannten bzw. unkontrollierten Therapiebedingungen: Heterogene Probandengruppen, variierende Aufenthaltszeiten, qualitativ und quantitativ unterschiedliche Therapiemethoden etc. (Klink et al., 1984). Auch ein Vergleich mit unbehandelten Straffälligen im Regelvollzug erlaubt nur bedingt aussagekräftige Interpretationen, da sich dieses Klientel von Therapierten in wichtigen Merkmalsbereichen unterscheidet (Leygraf, 1988).

4.2.4.2 Kennzahlen der Gesamtstichprobe

In die Gesamtstichprobe gehen Daten aller forensisch untergebrachter Patienten ein, die im Zeitraum März 2001 bis Dezember 2006 aus der Fachklinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg entlassen wurden – unabhängig vom Entlassmodus. Ausgeschlossen werden die Patienten, die zwar in der Klinik aufgenommen werden, aber nicht oder nur wenige Tage am Therapieprogramm teilnehmen (z. B. Begutachtungsfälle). Nicht von allen Probanden liegen vollständig bearbeitete Fragebögen vor. Dies liegt zum einen an Anfangsschwierigkeiten, die mit der Einführung eines derartig breit angelegten klinikinternen Projektes verbunden sind (z. B. der Fragebogen wird erst nach Entlassung des Patienten anhand der Krankengeschichte bearbeitet), zum anderen aber auch an lückenhafter Aktenlage bzw. mangelnder Aussagebereitschaft des Probanden. Insbesondere bei Patienten, die nicht mehr direkt befragt werden können (z. B. weil sie sich durch Flucht der Unterbringung entzogen haben), ist es zuweilen schwierig oder unmöglich, alle Items zu beantworten. Abbildung 4.1 gibt die Größe der Gesamtstichprobe und die Verteilung nach Rechtsgrundlage wieder.

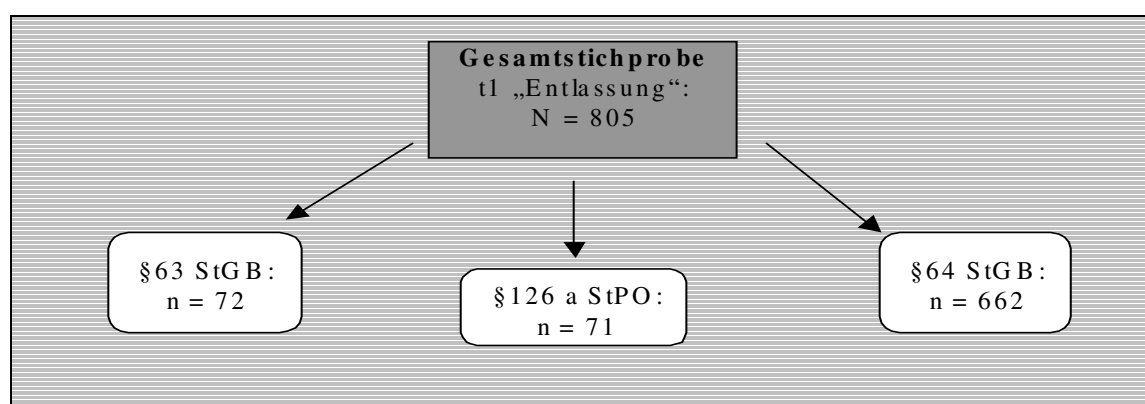


Abbildung 4.1: Probanden der Gesamtstichprobe getrennt nach Rechtsgrundlage

Es überwiegen Patienten, die nach § 64 StGB untergebracht werden, gefolgt von psychiatrischen Patienten (§ 63 StGB) und Patienten mit vorläufiger Unterbringung gemäß § 126 a StPO. Probanden, deren vorläufiger Unterbringungsbeschluss bis zur Entlassung aufrechterhalten wird, stellen eine Sondergruppe dar. Sie durchlaufen häufig ein gesondertes Programm mit höheren Sicherheitsauflagen. Es ist allgemein eher selten, dass während der Unterbringung keine Umwandlung der Rechtsgrundlage erfolgt und damit sowohl dem Patienten wie auch dem behandelnden Team eine gewisse Form der

Sicherheit zur Planung der Therapie gegeben wird. Zur Katamnese fallen diese Probanden heraus, da sie die Einschlusskriterien nur in Ausnahmefällen erfüllen (Durchlaufen der Therapie, bedingte Entlassung / Entlassung in Freiheit etc.).

Tabelle 4.6 enthält die wichtigsten Kennzahlen der Gesamtstichprobe zum ersten Messzeitpunkt. Beim Aufnahmealter gibt es zwei große Gruppen: Unter 25-Jährige und 25- bis 35-Jährige. Getrennt nach Rechtsgrundlage zeigen sich unterschiedliche Altersstrukturen: Suchtkranke sind etwas jünger als Patienten mit § 63 StGB-Rechtsgrundlage. Vorläufig Untergebrachte sind zu 50.7 % unter 25 Jahre alt. Im Vergleich zu anderen Studien ist die Regensburger § 63-Klientel etwas älter (Gretenkord, 2001; Thier, 1990; Seifert et al., 2001). Dagegen ist die Altersverteilung bei Suchtkranken vergleichbar (Gerl, 2000; Schmitz, 1993; Seifert & Leygraf, 1999). Vergleichsstudien zu vorläufig Untergebrachten sind nicht publiziert.

Männliche Probanden sind wie in anderen forensischen Untersuchungsgruppen weit- aus stärker vertreten als weibliche: 735 zu 70. In der § 63 StGB-Gruppe sind keine Frauen. Es gibt insgesamt nur sehr wenige § 63er Frauen; in Regensburg wurden sie zudem bis 2006 nicht in der forensischen Klinik, sondern in der Allgemeinpsychiatrie behandelt. Die Geschlechterverteilung entspricht der Verteilung der großen Katamnese- studien, aber auch der allgemeinen Gefangenenstatistik (Gretenkord, 2001; Kester- mann, 2007; Ritzel, 1978; Seifert & Leygraf, 1999).

Anlassdeliktisch können mehrere Index-Delikte zugleich vorliegen. Zählt man alle Delikte, die der Unterbringung vorausgingen (ohne die den vorläufig untergebrachten Probanden angelasteten Taten), führen Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz, gefolgt von Betrugs- bzw. Diebstahlsdelikten. Als dritte Gruppe liegen häufig Körper- verletzungen vor. Da Suchtkranke die weitaus stärkere Gruppe stellen und in dieser meist Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz begangen werden, überrascht die Übermacht der Drogendelikte in der Gesamtschau nicht. Betrug / Diebstahl (25.5 %) und Körperverletzung (21.2 %) liegen auf den folgenden Plätzen bei Suchtkranken.

Im Vergleich mit anderen Studien fällt die große Anzahl der Drogendelikte auf, was u. U. an der etwas anderen Stichprobenzusammensetzung bzgl. der Suchtdiagnose lie- gen kann (s. u.). Dagegen werden psychiatrische Patienten in erster Linie mit Körper- verletzungen (37.1 %) strafrechtlich auffällig; Betrugs- bzw. Diebstahlsdelikte (17.1 %) liegen wie bei Suchtkranken auf Platz zwei der Deliktliste. Diese Verteilung unterschei- det sich ebenfalls von denen aus anderen Studien. Meist führen Eigentumsdelikte (Gre- tenkord, 2001; Ritzel, 1978). Es gibt allerdings auch Studien mit einem höheren Anteil

an Gewaltdelikten (Jöckel & Müller-Isberner, 1997; Seifert et al., 2001; Thier, 1990). Bei 38 % der vorläufig Untergebrachten liegen Betrugs- bzw. Diebstahlsdelikte als Anlassdelikte i. S. einer Anklage vor. Körperverletzungen rangieren mit 35.2 % nur unwesentlich dahinter, ebenso Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz mit 31 %.

Tabelle 4.6: Kennzahlen der Gesamt- und Teilstichproben (t1), in Klammern gültige Prozent

Kategorie	Gesamtstichprobe N = 805	§ 63 StGB n = 72	§ 64 StGB n = 662	§ 126 a StPO n = 71
Alter bei Aufnahme	Bis 25 J.: 255 (31.8 %) 26 – 35J.: 324 (40.4 %)	26 – 35 J.: 27 (38.6 %) über 35J.: 31 (42.9 %) (Missing: 2)	Bis 25 J.: 206 (31.2 %) 26 – 35J.: 277 (41.9 %) (Missing: 1)	Bis 25 J.: 36 (50.7 %)
Geschlecht	Männlich: 735 (91.3 %)	Männlich: 72 (100 %)	Männlich: 602 (90.9 %)	Männlich: 61 (85.9 %)
Häufigstes Anlassdelikt	Verstoß gg. BtMG: 316 (43.1 %, nur §§ 63+64, n = 734)	KV: 26 (37.1 %) (Missing: 2)	Verstoß gg. BtMG: 314 (47.6 %) (Missing: 3)	Betrug / Diebstahl: 27 (38 %)
Bedingte Entlassung	261 (35.6 % nur §§ 63+64, n = 733)	49 (68.1 %)	212 (32.1 %) (Missing: 1)	---
Häufigste Hauptdiagnose	---	Schizophrenie (ICD-10, Kap. V F20): 23 (33.8 %) (Missing: 4)	Polytoxikomanie (ICD-10, Kap. V F19): 335 (50.8 %) (Missing: 3)	Suchtdiagnose: 49 (70 %) (Missing: 1)
Höchstens Hauptschulabschluss (ohne Quali)	453 (56.3 %)	41 (61.2 %) (Missing: 5)	372 (57.3 %) (Missing: 13)	40 (58.8 %) (Missing: 3)
Ungelernt / Ausbildung abgebrochen	500 (62.7 %)	42 (60 %) (Missing: 2)	409 (62.1 %) (Missing: 3)	49 (71 %) (Missing: 2)

Anmerkung: KV = Körperverletzung; BtMG = Betäubungsmittelgesetz

Bedingt entlassen, also auf Bewährung, werden insgesamt 261 Probanden. Im Suchtbereich wird bei vielen Patienten die Therapie für aussichtslos erklärt, so dass der Therapieabbruch hier die häufigste Entlassform ist (49.5 % der § 64er Entlassungen). Andere Entlassungsmodi sind Flucht / Entweichung (der Patient kehrt über einen längeren Zeitraum nicht zurück, muss polizeilich gefahndet und nach einigen Tagen auch verwal-

tungstechnisch entlassen werden), Verlegung in eine andere Klinik, Ablauf der Höchstfrist, Abschiebung. Auch bei Patienten, die gemäß § 126 a StPO untergebracht sind, verläuft bei vielen (36.6 %) die Therapie derart schlecht, dass die Unterbringungsbedingungen kritisch diskutiert und eine Fortführung der Therapie als sinnlos bewertet wird. Vergleichsdaten zur Entlassungsquote gibt es nur für Suchtkranke, da die meisten Studien Probanden mit anderen Entlassmodi als der bedingten Entlassung ausschließen und daher keine Informationen vorlegen können. Die bedingten Entlassungen variieren von 50 % (Gerl, 2000; Leygraf, 1995) bis 70 % (Bischoff-Mews, 1998). Die weitaus höheren Entlassquoten können ebenfalls mit der anderen Stichprobenzusammensetzung dieser Studien mit einem stärkeren bzw. 100 % Alkoholikeranteil erklärt werden (s. u.), da Drogenabhängigkeit als Negativfaktor bewertet werden muss (Gerl, 2000).

Im Suchtbereich dominiert der multiple Substanzgebrauch (ICD-10, Kapitel V, F19; Dilling, Mombour & Schmidt, 1999). Die Regensburger Stichprobe unterscheidet sich in diesem Punkt deutlich von anderen Studien, die überwiegend alkoholranke Probanden untersuchen. Allgemein stellen Alkoholiker die größere Gruppe der forensischen Patienten, auch wenn in den letzten Jahren ein Wandel der Diagnoseverteilung hin zu polytoxikomanen Abhängigkeitsformen feststellbar ist (Seifert & Leygraf, 1999). Im Bereich der § 63er Patienten liegen v. a. Diagnosen aus ICD-10, Kapitel V F20-F29 vor, dabei führend ist die paranoide Schizophrenie mit 64 % dieser Diagnosengruppe. Die Verteilung ähnelt der anderer Studien, die ebenfalls häufig psychotische Erkrankungen beschreiben (Gretenkord, 2001; Leygraf, 1988; Thier, 1990). Bei vorläufig Unterbrachten gibt es viele mit Suchtdiagnosen, bei diesen ist eine spätere § 64 StGB-Anordnung bzw. Rückstellung gemäß § 35 BtMG (bei Drogenabhängigen) wahrscheinlich. 28.6 % dieser Gruppe sind alkoholkrank, 51 % haben einen polytoxischen Drogenmissbrauch betrieben.

Schul- und Berufsbildung zeigen bei forensischen Patienten deutliche Defizite. Insgesamt haben 56.3 % höchstens einen einfachen Hauptschulabschluss. Eine berufliche Ausbildung, meist eine Lehre im handwerklichen Bereich, können 286 (35.5 %) Probanden vorweisen (28 § 63er-Probanden, 238 der § 64er Patienten, 20 der § 126 a StPO-Patienten). Über die Hälfte der Gesamtgruppe ist ungelernt oder hat eine Ausbildung abgebrochen (42 der § 63er, 409 der § 64er Patienten, 49 der § 126 a StPO-Patienten). Auch hier sind die Kennzahlen mit denen aus anderen Studien vergleichbar, auch wenn aus Studien mit reinem Alkoholikerklientel ein etwas günstigeres Bildungsniveau be-

kannt ist (Bischoff-Mews, 1998; Gerl, 2000; Koch, 1988; Schmitz, 1993; Seifert & Leygraf, 1999; Thier, 1990; Ritzel, 1978).

4.2.4.3 Kennzahlen der Katamnesestichprobe

Zum Follow-up (t2) können weitaus weniger Probanden befragt werden als zum ersten Befragungszeitpunkt (t1). Die Größe dieser Teilstichprobe ist abhängig von der Entlassungsquote; genauer von der Anzahl der bedingten Entlassungen, da diese das Einschlusskriterium „Leben in Freiheit“ ermöglichen. Dabei ist anzumerken, dass zudem auch die ehemaligen Patienten nachexploriert werden, bei denen als Entlassungsmodus „Verlegung in andere Einrichtung“ vermerkt ist. Bedingung dafür ist, dass die Verlegung nur der unmittelbaren Entlassungsvorbereitung dient und die Entlassung zeitlich abzusehen ist. Damit bleibt der Bezug zur forensischen Therapie in Regensburg bestehen. Aus der katamnestischen Untersuchung fallen die Probanden mit Entlassjahr 2006 heraus, da sie bis zum Follow-up noch kein volles Jahr in Freiheit verbracht haben. Auch ausländische Probanden, die während der Unterbringung aus Deutschland abgeschoben werden, können nicht mehr nachexploriert werden. Wie noch genauer dargestellt wird, reduziert die hohe Abbruchquote im Suchtbereich die Katamnesestichprobe erheblich (vgl. Abb. 4.2). Zuletzt sei darauf hingewiesen, dass aus Datenschutzgründen die Probanden nicht zur Katamnesebefragung kontaktiert werden dürfen, die bereits beim ersten Erhebungszeitpunkt ihre Mitarbeit verweigert und keine Schweigepflichtentbindung unterschrieben haben.

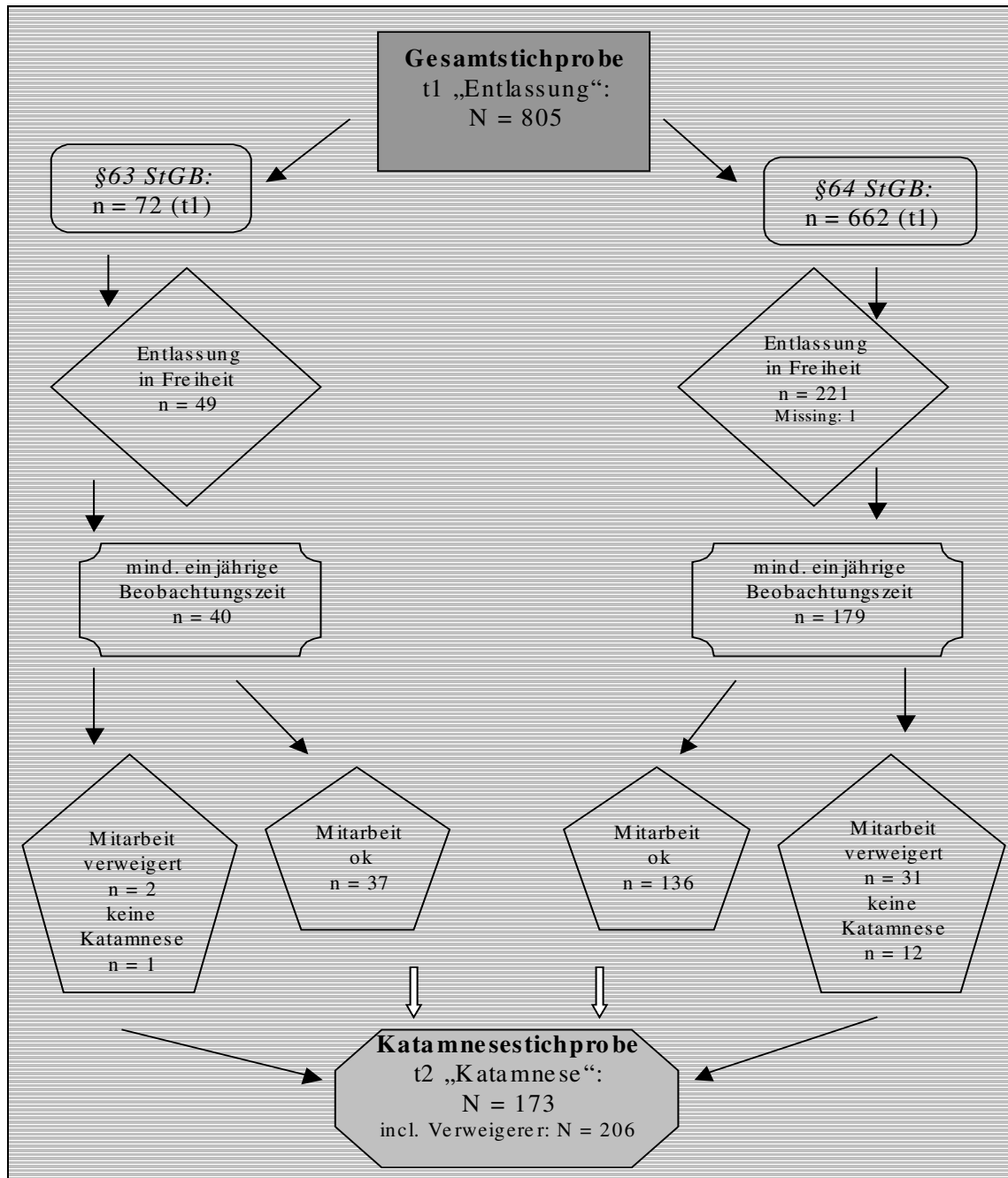


Abbildung 4.2: Probandenzusammensetzung der Gesamt- und Katamnesezeitprobe getrennt nach Rechtsgrundlage

Bei Suchtkranken, die gemäß § 64 StGB untergebracht sind, können 136 Probanden in die Studie einbezogen werden; d. h. 76 % der ursprünglich in Frage kommenden Gruppe. Zieht man die 12 Probanden vom Ausgangskollektiv (n = 179) ab, von denen keine katamnestischen Daten eingeholt werden können (bei vier entfällt eine zweite Befragung wegen Abschiebung oder Suizid, vier sind unbekannt verzogen und bei weiteren vier können die für die Befragung zuständigen Sozialpädagogen bis zum Ende der Datensammlung noch keine Informationen einholen), erhöht sich die Rücklaufquote auf

81.4 %. Das ist eine im Vergleich mit anderen Studien hohe Quote (Bischoff-Mews, 1998; Koch, 1988; Pfaff, 1998; Ritzel, 1978). 31 Probanden verweigern eine zweite Befragung – entweder bereits bei Entlassung (d. h. sie geben keine Schweigepflichtentbindung bzw. unterschreiben den Bogen zum Patienteneinverständnis nicht) oder zum Katamnesezeitpunkt. Hinsichtlich der Items Geschlecht, Familienstand, Alter bei Aufnahme, Anlassdelikt, Schulbildung, Berufsbildung, Arbeitssituation und Wohnsituation bei Entlassung bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den zustimmenden und ablehnenden Probanden. Dagegen unterscheiden sich Verweigerer und Antworter in der Hauptdiagnose: Alkoholabhängige ($n = 59$) stimmen zu 91.5 % einer Zweitbefragung zu, während dies nur bei 75.9 % der Drogenabhängigen ($n = 108$) der Fall ist; d. h. Drogenabhängige bestimmen mit 83.9 % die Verweigerergruppe: Chi-Quadrat-Test (1, $n = 167$) = 6.142, $p < .05$.

Aus der Subgruppe der psychiatrischen Patienten können 37 Probanden nachexploriert werden, ein Proband ist bis zum Studienabschluss nicht erreichbar und zwei verweigern eine Mitarbeit, auch eine Befragung Dritter muss bei diesen entfallen. Die beiden Verweigerer sind schizophrene Gewalttäter. Die Rücklaufquote ist sehr hoch: 92.5 % bzw. 94.9 % bei Abzug des Patienten, bei dem bisher keine Katamnese möglich war.

In die anschließenden Analysen werden in der Regel nur Probanden einbezogen, von denen Angaben zum weiteren Werdegang nach Entlassung vorliegen (vgl. Tabelle 4.7).

Das Alter der Katamneseprobanden zum Aufnahmezeitpunkt der stationären Therapie liegt zwischen 18 und über 60 Jahren. Im Suchtbereich dominieren die unter 30-Jährigen; im psychiatrischen Bereich ebenfalls, eine große Gruppe (28.6 %) ist zwischen 26 und 30 Jahre alt. Im Anhang (E-1) werden das Alter und andere Kennzahlen detaillierter angegeben. Im Vergleich mit anderen Studien sind die Probanden tendenziell etwas jünger, im Suchtbereich kann dies u. a. mit der anteilmäßig stärkeren Drogenabhängigengruppe erklärt werden (Bischoff-Mews, 1998; Seifert et al., 2001; Statistisches Bundesamt, 2005).

Wie bereits erwähnt, kann keine § 63er Frau in die zweite Untersuchung einbezogen werden. Bei katamnestisierten Suchtkranken liegt der weibliche Anteil bei 9.6 %.

Im Gegensatz zur ersten Teilbefragung überwiegen die Alkoholkranken mit knapp 40 %; fasst man allerdings alle Drogenabhängigen zusammen, bilden sie die größere Gruppe mit 60.3 %. Der starke Anteil Drogenabhängiger ist in anderen gemischten Studien nicht derart ausgeprägt (Gerl, 2000).

Tabelle 4.7: Kennzahlen der Katamnese Stichprobe (t2)

Kategorie	Katamnese Stichprobe N = 173	§ 63 StGB n = 37	§ 64 StGB n = 136
Alter bei Aufnahme	Bis 30 J.: 78 (45.9 %) (Missing: 3)	Bis 35 J.: 18 (51.4 %) (Missing: 2)	Bis 25 J.: 36 (26.7 %) 26-35J.: 55 (40.7 %) (Missing: 1)
Geschlecht	160 (92.5 %)	Männlich: 37 (100.0 %)	Männlich: 123 (90.4 %)
Familienstand	Alleinstehend: 63 (37.1 %) Partnerschaft: 58 (34.1 %) (Missing: 3)	Alleinstehend: 26 (72.2 %) Partnerschaft: 5 (13.9 %) (Missing: 1)	Alleinstehend: 37 (27.6 %) Partnerschaft: 53 (39.6 %) (Missing: 2)
Häufigstes Anlassdelikt	Gewaltdelikt: 47 (27.6 %) (Missing: 3)	KV: 15 (42.9 %) (Missing: 2)	Verstoß gg. BtMG: 64 (47.4 %) (Missing: 1)
Häufigste Hauptdiagnose	---	Schizophrenie (ICD-10, Kap. V F20): 16 (48.5 %) (Missing: 4)	Alkoholabhängigkeit (ICD-10, Kap. V F10): 54 (39.7 %)
Höchstens Hauptschulabschluss (ohne Quali)	82 (48.8 %) (Missing: 5)	19 (55.9 %) (Missing: 3)	63 (47.0 %) (Missing: 2)
Ungelernt / Ausbildung abgebrochen	87 (51.2 %) (Missing: 3)	20 (57.1 %) (Missing: 2)	67 (49.6 %) (Missing: 1)
Entlassung in eigene Wohnung	136 (80.5 %) (Missing: 4)	11 (31.4 %) (Missing: 2)	125 (93.3 %) (Missing: 2)
Arbeit bei Entlassung	s.v.p. Vollzeitstelle: 85 (51.5 %) (Missing: 8)	AT: 12 (34.3 %) Berentung: 7 (20 %) (Missing: 2)	s.v.p. Vollzeitstelle: 82 (63.1 %) Arbeitslos: 11 (8.5 %) (Missing: 6)

Anmerkung: KV = Körperverletzung; BtMG = Betäubungsmittelgesetz; s.v.p. = sozialversicherungspflichtig.

Als Hauptdiagnose bei den § 63er-Katamnese Probanden ist vorrangig die Schizophrenie vertreten. Sieben (21.2 %) leiden unter einer Persönlichkeitsstörung, je vier unter einer Suchterkrankung (meist Alkoholismus) oder Intelligenzminderung, zwei unter einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns. Bei vier Probanden war keine Eingangsdiagnose angegeben. Das Katamnese Kollektiv hat somit einen höheren Anteil Schizophrener als das Ausgangskollektiv (t1). Auch in anderen Studien sind schizophrene Patienten meist in der Mehrzahl (Thier, 1990; Treichl et al., 2001). Gerade bei Thier sind aber Intelligenzgeminderte etwas stärker (1/3) vertreten als in der vorliegenden Untersuchung.

Bedingt entlassen werden 97 % der suchtkranken Katamneseprobanden ($n = 136$, Missing: 1). Bei drei ehemaligen Patienten ist als Grundlage der Entlassung der Ablauf der Höchstfrist angegeben, ein Proband wird in eine andere Einrichtung verlegt und kann bald von dort in Freiheit entlassen werden. Bei psychiatrischen Probanden werden alle bedingt entlassen ($n = 37$).

Das Index-Delikt stammt bei 30 % der Katamneseprobanden aus dem Gewaltbereich. Differenziert man nach Rechtsgrundlage, zeigen sich Unterschiede: Suchtkranke sind zu knapp 50 % mit einem BtMG-Delikt, Psychiatrische zu 42,9 % mit einer Körperverletzung strafrechtlich in Erscheinung getreten. Im Vergleich zum Gesamtkollektiv zu t1 ist der Körperverletzer-Anteil bei §63 StGB-Probanden etwas höher. Sechs Probanden sind Sexualstraftäter, vier haben einen Raub bzw. räuberische Erpressung begangen. Die Deliktverteilung bei psychiatrischen Probanden ähnelt der aus anderen katamnестischen Untersuchungen; so hat Thier (1990) einen Gewalttäteranteil über 50 %. Bei Suchtkranken spielt wieder die besondere diagnostische Teilstichprobenzusammensetzung eine Rolle; in reinen Alkoholikerstudien überwiegen Eigentumsdelikte, meist ist eine breitere Deliktverteilung erkennbar (Gerl, 2000; Koch, 1988). Allerdings kann im Gegensatz zu Seifert und Leygraf (1999) nicht der Eindruck bestätigt werden, dass BtM-Straftaten als Anlassdelikte bei Drogenabhängigen etwas zurückgehen bzw. Gewaltdelikte anteilmäßig stark anwachsen. Hier ähnelt die vorliegende Studie eher der Arbeit von Gerl (2000) aus dem bayerischen BKH Gabersee, der in der Drogenabhängigengruppe bei knapp 50 % eine BtM-Tat als Indexdelikt aufführt.

Der einfache Hauptschulabschluss als schulische Qualifikation überwiegt auch in der Katamnese-Stichprobe: Bei § 63er Patienten haben 55,9 % maximal einen einfachen Hauptschulabschluss, bei § 64er Patienten können 88,1 % höchstens einen qualifizierenden Hauptschulabschluss vorweisen. Nur leicht geht die Tendenz in der Katamnese-Gruppe (gilt für beide Rechtsgrundlagen) zu einer besseren schulischen Ausgangslage als im Gesamtkollektiv. Beruflich sind über 50 % ungelernt bzw. haben eine begonnene Ausbildung abgebrochen. Auch in der Kategorie Beruf zeichnet sich damit eine günstigere Situation für die katamnестisierten Probanden ab; dies gilt insbesondere für Suchtkranke. Dennoch muss in Übereinstimmung mit anderen Katamnese-Studien von einer schwierigen Ausgangslage gesprochen werden (Bischoff-Mews, 1998; Gerl, 2000; Koch, 1988; Seifert & Leygraf, 1999).

Über 50 % der Suchtkranken sind in einer Partnerschaft oder verheiratet. Dies ist ein weitaus höherer Anteil als z. B. in der Koch'schen Studie (1988), in der nur 20 % liiert

sind. Knapp 30 % des Regensburger Kollektivs sind alleinstehend – bei Koch 46 %. Auch Gerl (2000) hat einen sehr viel geringeren Anteil von Probanden, die mit einem Partner zusammenleben (11 %). Psychiatrische Probanden dagegen sind zu 72.2 % alleinstehend. Auch diese Verteilung ist in anderen Studien zu finden (Treichl et al., 2001).

In eine eigene Wohnung (mit Familie oder alleine) werden über 90 % der Suchtkranken entlassen. Auch in anderen Studien mit §64 StGB-Probanden spielen heimähnliche Institutionen kaum eine Rolle (Bischoff-Mews, 1998; Koch, 1988). Bei den § 63er Patienten werden über 50 % in eine Wohnform mit starkem Betreuungscharakter (Heim, sozialtherapeutische Wohngruppe etc.) entlassen. Nur 20 % leben selbständig. Dies weist auf eine veränderte Situation bzgl. der Nachbetreuung hin; noch bei Ritzel (1978) werden 47.2 % seines Kollektivs (N = 443) ohne weitere Unterstützung (ambulant oder stationär) entlassen. Meist nehmen Eltern die Patienten wieder auf (32.6 %), nur 4.7 % des bundesweiten Kollektivs von Ritzel beziehen eine eigene Wohnung.

Bei Entlassung haben etwas über die Hälfte der Katamneseprobanden eine sozialversicherungspflichtige Arbeitsstelle (Teilzeit oder Vollzeit) auf dem freien Arbeitsmarkt. Bei § 63er-Probanden gelingt es nur bei 22.9 %, sie auf dem freien Arbeitsmarkt zu vermitteln; allerdings leben viele in einem Heim, so dass eine Arbeitsaufnahme nicht vorgesehen ist. Auch wenn bei Ritzel (1978) deutlich mehr Probanden bei Entlassung eine reguläre Arbeitsstelle haben (65.9 %), so ist dies nicht nur positiv zu sehen, denn häufig handelt es sich dabei um Hilfsarbeiter- bzw. saisonale Stellen.

Die ehemaligen §63-StGB-Patienten werden im Mittel nach 582.88 Tagen zur Katamnesebefragung aufgesucht, der Median, der im Gegensatz zum arithmetischen Mittel z. T. besser geeignet ist (keine Gefahr des Dramatisierens der Verhältnisse bei schiefen Verteilungen), den durchschnittlichen Fall zu beschreiben, liegt bei 465.50 Tagen (Min.: 330, Max.: 1 630 Tage, SD: 305.453). Die teilweise sehr unterschiedlichen Zeiträume resultieren aus den Anfangsschwierigkeiten der Studie bzgl. der Nachexplorationspraxis. Da aber gerade der §63-StGB-Bereich aufgrund der Regensburger Klinikstruktur eher klein ist, wird darauf verzichtet, eine Angleichung vorzunehmen, um die Stichprobe ausreichend groß zu halten. Im Suchtbereich liegt das Mittel bei 431.53 Tagen (Minimum: 326, Maximum: 854 Tage, SD: 97.469). Der Median beträgt 401.0 Tage.

89.2 % der 37 psychiatrischen Probanden können von den zuständigen Sozialtherapeuten direkt befragt werden. Diese Angaben werden meist durch Gespräche mit Betreuer, Bewährungshelfer o. ä. ergänzt. Bei vier Probanden ist kein Kontakt möglich – zwei sind nicht zu einem Gespräch bereit, weitere zwei sind nicht erreichbar, allerdings gelingt es, Fremdinformationen zu einigen Items einzuholen.

Bei § 64 StGB-Probanden werden 86.8 % der 136 Studienteilnehmer direkt kontaktiert und befragt; Angaben von Dritten dienen wiederum der Absicherung der gemachten Aussagen. Bei 18 Probanden ist ein Gespräch nicht möglich, bei diesen liegen ausschließlich Angaben von Bewährungshilfe, Nachsorgetherapeut oder Betreuer vor.

5. Ergebnisse

5.1 Messzeitpunkt 1 „Therapieabschluss“: § 63 StGB-Patienten

5.1.1 Anamnese

5.1.1.1 Biographie

(1) Geburtsland

Bei psychisch kranken Straftätern fallen Patienten mit Migrationshintergrund kaum ins Gewicht. Lediglich 11 der 72 Probanden sind nicht in Deutschland geboren (15.7 %, Missing: 2). Fünf der Probanden ausländischer Herkunft sind in Ländern, die den ehemaligen GUS-Ländern zuzuordnen sind, geboren und aufgewachsen. Vor Aufnahme in den Maßregelvollzug haben sie häufig viele Jahre in Deutschland verbracht, nur zwei leben erst seit zwei Jahren hier.

(2) Schul- und Berufsbildung

Die schulische Laufbahn ist bei den meisten Probanden eher problembelastet.

Tabelle 5.1: Schulbildung, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Schultyp	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 67)	Kumulierte Prozent
Förderschule	19	28.4	28.4
Hauptschule (ohne qualifizierenden Abschluss)	22	32.8	61.2
Hauptschule (mit qualifizierenden Abschluss)	17	25.4	86.6
Realschule	3	4.5	91.0
Gymnasium	5	7.5	98.5
Sonst: Unklare Schulausbildung	1	1.5	100.0
Missing	5		
Gesamt	72		

Weit über die Hälfte haben die Förder- bzw. Hauptschule besucht. Ein höheres Bildungsniveau erreichen lediglich acht Probanden (vgl. Tab. 5.1).

Auch die berufliche Ausbildung zeigt große Defizite. Lediglich 35.7 % können eine Lehre abschließen, 27.1 % brechen eine Ausbildung ab, 31.4 % sind vollkommen ungelern. Nur ein Proband hat einen Universitätsabschluss, ein weiterer bricht ein begonnenes Studium ab; zwei Probanden können mehrere Ausbildungen beenden.

(3) Arbeitssituation vor Aufnahme

Entsprechend dem niedrigen Qualifizierungsniveau fällt die Arbeitssituation vor der Therapie bzw. dem vorangehenden Gefängnisaufenthalt aus (vgl. Tab. 5.2).

Tabelle 5.2: Arbeitssituation vor Aufnahme / JVA, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Arbeitssituation	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 68)
Erwerbslos	41	60.3
In Ausbildung	2	2.9
Berentet	7	10.3
Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis	8	11.8
Selbständig	6	8.8
Minijob	3	4.4
Sonst: Behindertenwerkstätte	1	1.5
Missing	4	
Gesamt	72	

5.1.1.2 Klinische Anamnese

(1) Diagnose

Der Fragebogen erfasst eine Hauptdiagnose und zwei Differentialdiagnosen. Die Erfassung mehrerer Diagnosen ist angezeigt, da gerade bei psychiatrischen Patienten häufig zwei oder drei Diagnosen bei einem Patienten vorliegen (Gretenkord, 2001). Auch in dieser Untersuchung erhalten 65.3 % neben einer Hauptdiagnose eine weitere Diagnose, immerhin 19.4 % haben eine Dritte. Insgesamt werden 129 Diagnosen vergeben, vor

allem aus dem Bereich der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10, Kapitel V F60-F69; 31.0 % aller Diagnosen) und dem Diagnosebereich der F20 bis F29 des ICD-10 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; 20.9 % aller Diagnosen).

Bei den Erstdiagnosen erhält die größte Patientengruppe eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis (vgl. Tab. 5.3). Ebenfalls recht häufig werden Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert, dabei vor allem die dissoziale Persönlichkeitsstörung, die bei neun Probanden festgestellt wird.

Tabelle 5.3: Hauptdiagnosen, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Diagnose (ICD-10, Kap. V F...)	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 68)
Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07)	2	2.9
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	6	8.8
Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch (F19)	3	4.4
Schizophrenie (F20)	23	33.8
Schizoaffektive Störungen (F25)	1	1.5
Affektive Störungen: depressive Episode (F32)	1	1.5
Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60)	17	25.0
Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung (F61)	3	4.4
Störungen der Geschlechtsidentität (F64)	1	1.5
Störungen der Sexualpräferenz (F65)	3	4.4
Leichte Intelligenzminderung (F70)	4	5.9
Mittelgradige Intelligenzminderung (F71)	4	5.9
Missing	4	
Gesamt	72	

Eine weitere Diagnose erhalten 47 Probanden (vgl. Tab. 5.4). Von diesen leiden 40.4 % unter einer Alkoholkrankheit, meist in Form eines schädlichen Gebrauchs (F10.1). Wie bei den Hauptdiagnosen stellen Persönlichkeitsstörungen eine weitere große Diagnose-

gruppe dar; auch hier werden häufig dissoziale Persönlichkeitsstörungen (F60.2, n = 3) diagnostiziert. Bei acht Probanden wird eine Intelligenzminderung unterschiedlicher Graduierung festgestellt.

Tabelle 5.4: Zweitdiagnosen, § 63 StGB-Patienten (n = 47)

D-Diagnose 1 (ICD-10, Kap. V F...)	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 47)
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	19	40.4
Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (F12)	1	2.1
Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch (F19)	2	4.3
Schizophrenie (F20)	2	4.3
Affektive Störungen: rezidivierende depressive Störung (F33)	1	2.1
Affektive Störungen: anhaltende affektive Störung (F34)	1	2.1
Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60)	7	14.9
Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63)	3	6.4
Störungen der Geschlechtsidentität (F64)	1	2.1
Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (F66)	1	2.1
Leichte Intelligenzminderung (F70)	5	10.6
Mittelgradige Intelligenzminderung (F71)	3	6.4
Hyperkinetische Störungen (F90)	1	2.1
Gesamt	47	

Als Drittdiagnose wird bei sechs Probanden eine Suchtdiagnose gestellt. Einmal wird eine Schizophrenie angegeben, bei je zwei Probanden liegt eine Persönlichkeitsstörung oder eine Impulskontrollstörung (pathologisches Spielen bzw. Brandstiftung) vor. Bei weiteren zwei Probanden wird eine Intelligenzminderung diagnostiziert.

Während bei den Erstdiagnosen Psychosen und Persönlichkeitsstörungen als Diagnosegruppen die Rangliste anführen, werden als Zweit- bzw. Drittdiagnose häufig Suchtkrankheiten ($\Sigma n = 28$) festgestellt. Auch Intelligenzminderungen sind bei § 63er-Patienten nicht selten ($\Sigma n = 18$).

(2) Intelligenzniveau

Neben der diagnostischen Einteilung werden die behandelnden Therapeuten gebeten, auch eine Intelligenzschätzung (klinischer Eindruck bzw. psychologische Testung) anhand einer fünfstufigen Skala abzugeben (vgl. Tab. 5.5). Dieses Vorgehen wird gewählt, da nicht von allen Patienten testpsychologische Befunde vorliegen und somit eine Erfassung des Intelligenzquotienten nicht zur Grundlage hergenommen werden kann. Bei über 1/3 der Probanden wird eine durchschnittliche Intelligenz festgehalten. Beinahe die Hälfte wird als unterdurchschnittlich bzw. minderbegabt eingestuft.

Tabelle 5.5: Intelligenzniveau, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Intelligenzniveau	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 70)
Minderbegabt	17	24.3
Unterer Durchschnitt	17	24.3
Durchschnittlich	27	38.6
Oberer Durchschnitt	5	7.1
Überdurchschnittlich	4	5.7
Missing	2	
Gesamt	72	

(3) Erkrankungsalter und Psychiatrieerfahrung

Das Erkrankungsalter liegt bei den meisten Patienten unter 25 Jahre (75.7 %), kaum ein Patient ist erst im mittleren oder höheren Alter (über 55 Jahre) erkrankt.

Betrachtet man das Erkrankungsalter in den beiden großen Diagnosegruppen (F20-29, F60-69) fallen deutliche Unterschiede auf (vgl. Tab. 5.6), die allerdings aufgrund des geringen Stichprobenumfangs bzw. der hohen Anzahl von Zellen mit einer erwarteten Häufigkeit unter fünf (50 % der Zellen) nicht statistisch abgesichert werden können.

Tabelle 5.6: Erkrankungsalter bei Psychosen und Persönlichkeitsstörungen, § 63 StGB-Patienten (n = 48)

Diagnose- typ	Unter 18 Jahre	18 bis 25 Jahre	26 bis 35 Jahre	Über 36 Jahre	Gesamt
F20-29	4 (16.7 %)	9 (37.5 %)	8 (33.3 %)	3 (12.5 %)	24 (100 %)
F60-69	14 (58.3 %)	8 (33.3 %)	1 (4.2 %)	1 (4.2 %)	24 (100 %)
Gesamt	18	17	9	4	48

Persönlichkeitsstörungen treten bei über 50 % bereits im jugendlichen Alter auf. Psychosekranken sind in ihrem Erkrankungsalter breiter gefächert mit einer Spitze zwischen 18 und 25 Jahren.

Das im Durchschnitt eher junge Erkrankungsalter erklärt die Häufigkeit der allgemein-psychiatrischen Vorbehandlungen vor der Einweisung in den Maßregelvollzug (vgl. Tab. 5.7).

Tabelle 5.7: Stationäre Vorbehandlung, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Stationäre Vorbehandlung	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 70)	Kumulierte Prozent
Eine	12	17.1	17.1
Mehrmals	44	62.9	80.0
Keine	14	20.0	100.0
Missing	2		
Gesamt	72		

Weitaus geringer ist der Anteil derer, die bereits ein- oder mehrmals im Maßregelvollzug untergebracht waren: 25.7 %. Die Vorbehandlungen sind häufig gekennzeichnet von Therapieabbrüchen. Bei 47 Probanden liegen hierzu Daten vor. 51 % (n = 24) haben demnach mindestens einmal die Therapie vorzeitig beendet. Darunter sind vor allem Patienten mit einer Suchterkrankung (als Haupt- oder Nebendiagnose) zu finden (n = 17).

5.1.1.3 Forensische Anamnese

(1) Anlassdelikt

Anlassdelikte gehören im forensischen Kontext zu den elementaren Informationen. In der vorliegenden Arbeit werden sie mit einem in der Literatur üblichen Kodierungsschema erfasst, wobei jedes Delikt an sich gewertet wird und nicht nur das jeweils schwerwiegendste (Dimmek & Duncker, 1996; Gretenkord, 2001; Leygraf, 1988; Thier, 1990). Damit wird das gesamte kriminelle Handlungsspektrum umfasst und die häufig polytrop vorliegende Delinquenz kann abgebildet werden. Tabelle 5.8 gliedert das Kodierungsschema auf.

Tabelle 5.8: Einteilung der Delikte

Deliktgruppe					
Körperverletzung: Delikte gegen Leib und Leben					
Betrug / Diebstahl					
Sexualdelikt: (versuchte) Vergewaltigung, sexuelle Nötigung, Kindesmissbrauch und sexuelle Belästigung					
Tötungsdelikt: Mord, Mordversuch, Totschlag, versuchte Tötungsdelikte etc.					
Raub / räuberische Erpressung					
Brandstiftung					
Verkehrsdelikt: Fahren ohne Führerschein, Straßenverkehrsgefährdung, Unfallflucht, Trunkenheit im Straßenverkehr etc.					
BtMG-Verstoß: Handeltreiben, Veräußern, Einführen etc.					
Sonst					
Andere Gewaltdelikte: Bedrohung, Nötigung, erpresserischer Menschenraub etc.	Andere – Eigentumsdelikte: Urkundenfälschung, Hehlerei, Ladendiebstahl etc.	Verstoß gegen das Waffengesetz	Aggressives Verhalten: Sachbeschädigung, Beleidigung, Hausfriedensbruch etc.	Verstoß gegen Weisungen	Sonstige: Gefangeneneuterei, Falschaussage etc.

Psychiatrische Patienten werden in erster Linie mit Körperverletzungen strafrechtlich auffällig, gefolgt von Betrugs- bzw. Diebstahlsdelikten (vgl. Tab. 5.9). Wie bereits erwähnt, liegen bei einigen Probanden mehr als ein Anlassdelikt vor. Bei 16 Probanden (22.2 %) werden zwei, bei einem Probanden (1.4 %) drei Delikte angegeben. BtMG-

Verstöße, Raub / räuber. Erpressung, Betrug / Diebstahl und alle unter Sonstige subsumierten Straftaten sind häufig in Kombination mit anderen Straftaten zu finden.

Tabelle 5.9: Anlassdelikte, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Deliktgruppe	Häufigkeiten	Gültige Prozent (n = 70)
Körperverletzung	26	37.1
Betrug / Diebstahl	12	17.1
Sexualdelikt	10	14.3
Tötungsdelikt	8	11.4
Raub / räuberische Erpressung	7	10.0
Brandstiftung	6	8.6
Verkehrsdelikt	5	7.1
BtMG-Verstöße	2	2.9
Sonst	12	17.1
<i>Missing Probanden</i>	2	
Gesamt: Deliktanzahl / Probanden	88 / 72	

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Die sonstigen Delikte verteilen sich bei § 63er Patienten auf je fünf andere Gewaltdelikte bzw. aggressives Verhalten, drei weitere Eigentumsdelikte, zwei sonstige Delikte (fahrlässiger Vollrausch) und einmal Verstoß gegen das Waffengesetz.

Summiert man alle Delikte mit Gewaltcharakter (Tötung, Körperverletzung, andere Gewaltdelikte und aggressives Verhalten), werden 44 Gewalttaten begangen; d. h. die Hälfte aller Unterbringungsdelikte verweisen auf ein mehr oder weniger starkes Gewaltpotential der Patienten im Maßregelvollzug. Die Sexualdelikte werden in dieser Berechnung ausgeklammert, da zugunsten einer praktikablen Anwendungspraxis auf eine Differenzierung verzichtet wurde und somit gewalttätige Sexualstraftaten nicht extrahiert werden können; d. h., der tatsächliche Gewaltanteil wird noch etwas höher liegen, wie Ergebnisse anderer Studien vermuten lassen. Bei Gretenkord (2001) macht der Anteil von Sexualdelikten mit Gewalt an der Gesamtdelinquenz immerhin 15.3 % aus.

Zu weiteren Auswertung werden die Probanden nach Deliktart gruppiert; bei mehreren Index-Delikten wird das schwerwiegendste Delikt vorgezogen. Unter *Gewalt* werden alle Taten mit Gewaltcharakter subsumiert (Tötung, Körperverletzung, andere Gewaltdelikte). *Sexualdelinquenz* umfasst alle Sexualstraftaten, *Eigentumsdelikte ohne Gewalt* (Betrug, Diebstahl, Urkundenfälschung etc.) werden von denen *mit Gewalt* (Raub, räuberische Erpressung) unterschieden. *BtM*-, *Verkehrs-* und *Brandstiftungsdelikte* entsprechen der ursprünglichen Kodierung. Unter *sonst* sind weitere, häufig weniger schwerwiegende Delikte wie vorsätzlicher Vollrausch etc. zu finden (vgl. Abb. 5.1).

35 Probanden müssen als Gewalttäter bezeichnet werden. Sexualstraftäter und Eigentumsdelinquente ohne Gewalt liegen mit je 10 Probanden dahinter. Brandstiftung (fünf Probanden), Eigentumsdelinquente mit Gewalt und Verkehrsdelinquente (je vier Probanden) folgen. Zwei Probanden fallen mit weniger gravierenden Delikten (vorsätzlicher Vollrausch) auf.

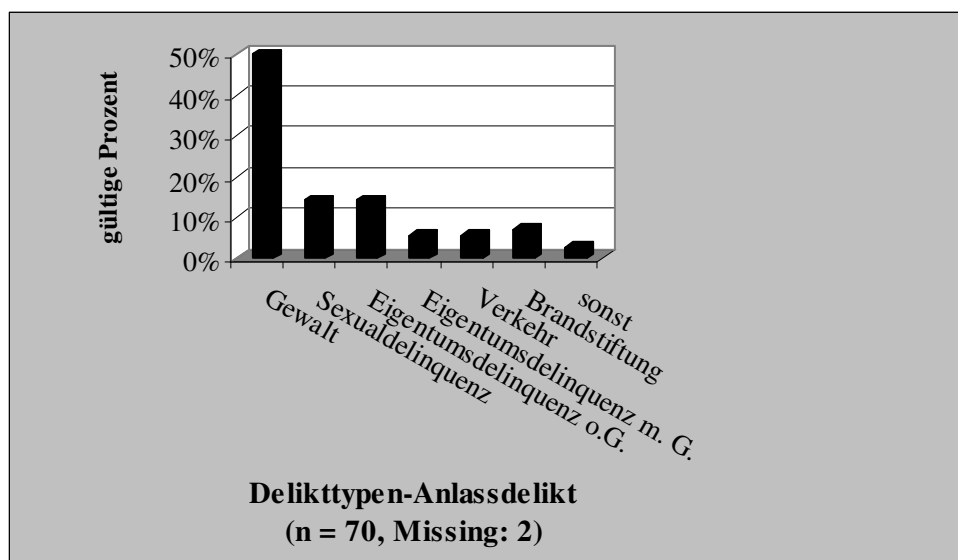


Abbildung 5.1: Verteilung der Delikttypen (Anlassdelikt) in (gültigen) Prozent, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Um der Frage nachzugehen, wie die Delikttypen mit den Diagnosen in Beziehung stehen, werden auch die Hauptdiagnosen nach ICD-10-Kategorien gruppiert (vgl. Tab. 5.10).

Tabelle 5.10: Gruppierte Hauptdiagnosen, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Hauptdiagnosen gruppiert (ICD-10, Kapitel V, F...)	Häufigkeiten	Gültige Prozent (n = 68)
F00-F09: Organische, einschl. symptomat. Psychi- scher Störungen	2	2.9
F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	9	13.2
F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	24	35.3
F30-F39: Affektive Störungen	1	1.5
F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltenstörungen	24	35.3
F70-F79: Intelligenzminderung	8	11.8
<i>Missing</i>	4	
Gesamt	72	

Eine Kreuztabelle verdeutlicht die Verbindung Delikt und Diagnose (vgl. Tab. 5.11). Demnach fällt auf, dass Gewaltdelinquente gehäuft unter einer Schizophrenie leiden, während Sexualstraftäter zu 50 % unter Persönlichkeitsgestörten (v. a. Pädophilen), aber auch Schizophrenen und Intelligenzgeminderten zu finden sind. Die dritte größere Deliktgruppe (Eigentumsdelikte ohne Gewalt) steht meist mit einer Persönlichkeitsstörung in Verbindung.

Eine andere Betrachtung gibt Hinweise auf die Verteilung der Delikte in den einzelnen diagnostischen Gruppen. Dies ist aber nur bei den beiden großen Diagnosegruppen sinnvoll. Schizophrene verüben zu 79.2 % eine Gewalttat, während die Deliktart bei Persönlichkeitsgestörten breit gefächert ist; ein leichter Überhang ist bei Gewalt-, Sexualstraftaten und Eigentumsdelikten ohne Gewalt festzustellen. Alle drei pädophilen Patienten, die unter Persönlichkeitsgestörte subsumiert sind, haben als Index-Delikt eine Sexualstraftat; d. h. zwei nicht als pädophil, sondern mit einer Persönlichkeitsstörung Diagnostizierte sind Sexualstraftäter (dissoziale bzw. kombinierte Persönlichkeitsstörung).

Tabelle 5.11: Hauptanlassdelikte nach Diagnosegruppen in absoluten Häufigkeiten, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

	Gewalt	Sexual- del.	E.D. o. G.	E.D. m. G.	Verkehr	Brand- stiftung	sonst	Gesamt
F00-09	2	0	0	0	0	0	0	2
F10-19	4	0	1	0	2	2	0	9
F20-29	19	3	1	1	0	0	0	24
F30-39	1	0	0	0	0	0	0	1
F60-69	5	5	6	3	2	1	2	24
F70-79	3	2	2	0	0	1	0	8
Gesamt	34	10	10	4	4	4	2	68 <i>Missing: 4</i>

Anmerkung: Sexuald. = Sexualdelikt, E.D. o. G. = Eigentumsdelikt ohne Gewalt, E.D. m. G. = Eigentumsdelikt mit Gewalt.

Eine weitere statistische Analyse ist aufgrund der hohen Anzahl von Zellen mit einer geringeren erwarteten Häufigkeit als fünf nicht sinnvoll.

(2) Freiheitsstrafe

Über die Delinquenzschwere geben auch die verhängten Freiheitsstrafen Auskunft (vgl. Tab. 5.12).

Tabelle 5.12: Verhängte Freiheitsstrafen, § 63 StGB Patienten (n = 72)

Höhe der Freiheitsstrafe	Häufigkeiten	Gültige Prozent (n = 70)
Keine	34	48.6
Bis einschl. 6 Monate	2	2.9
7 Monate bis 1 Jahr	6	8.6
13 – 18 Monate	4	5.7
19 – 24 Monate	4	5.7
25 – 30 Monate	4	5.7
31 – 36 Monate	5	7.1
3 bis 5 Jahre	11	15.7
Missing	2	
Gesamt	72	

Nicht überraschend hoch ist der Anteil von Probanden ohne Freiheitsstrafe. Dahinter steht die Anwendung des § 20 StGB, d. h. diese Probanden sind schuldunfähig, eine Haftstrafe wird nicht verhängt. Bei den Probanden mit Haftstrafe sind 11 (30.6 % der 36

zu einer Haftstrafe Verurteilten) zu einer mehrjährigen Haftstrafe (drei bis fünf Jahre) verurteilt, immerhin acht (22.2 %) bleiben unter einem Jahr. Entsprechend wenig Zeit verbringen die Probanden vor Therapieantritt in der JVA; nur vier (6.8 % von 59 Probanden) sind über ein Jahr in Haft.

Gewalttäter bleiben zu 71.4 % ohne Freiheitsstrafe. Die häufig bei Gewalttätern diagnostizierte Schizophrenie kann dafür eine Erklärung sein. Dies bestätigt sich in Tabelle 5.13: Über 80 % der Schizophrenen sind nicht zu einer Freiheitsstrafe verurteilt worden. Dies ist nur noch bei Intelligenzgeminderten (75 % fallen unter § 20 StGB) ähnlich eindeutig. Gerade Persönlichkeitsgestörte imponieren eher durch höhere Haftstrafen, obwohl ihre strafrechtlich relevante Aktivität breiter gefächert ist; d. h. auch weniger schwerwiegende Taten wurden begangen.

Tabelle 5.13: Freiheitsstrafen nach Diagnosegruppen getrennt in absoluten Häufigkeiten, in Klammern (gültige) Prozentangaben, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

	Keine (%)	≤ 6 Mon. (%)	7 – 12 Mon. (%)	13 – 18 Mon. (%)	19 – 24 Mon. (%)	25 – 30 Mon. (%)	31 – 36 Mon. (%)	3 – 5 J. (%)	Gesamt (100 %)
F00-09	2 (100)	0	0	0	0	0	0	0	2
F10-19	2 (25)	0	0	2 (25.0)	1 (12.5)	0	1 (12.5)	2 (25)	8
F20-29	20 (83.3)	1 (4.2)	1 (4.2)	0	0	1 (4.2)	1 (4.2)	0	24
F30-39	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	1
F50-59	1 (100)	0	0	0	0	0	0	0	1
F60-69	3 (12.5)	1 (4.2)	2 (8.3)	2 (8.3)	2 (8.3)	3 (12.5)	3 (12.5)	8 (33.3)	24
F70-79	6 (75)	0	2 (25)	0	0	0	0	0	8
Gesamt	34	2	6	4	3	4	5	10	68 <i>Missing: 4</i>

Auch hier kann aufgrund der geringen Stichprobengröße keine weitere statistische Aussage getroffen werden.

(3) Zeit in Haft vor Therapieantritt

Vor dem Therapieantritt sind über 80 % (48 Probanden) der 59 Probanden, bei denen eine derartige Aussage aufgrund der strafrechtlichen Bewertung sinnvoll bzw. möglich

ist, überhaupt nicht oder nur kurze Zeit in Haft. Über ein Jahr lang sind lediglich vier Probanden inhaftiert, bevor sie in der Klinik aufgenommen werden.

(4) Strafregisterauszüge

Die Quantität delinquenten Handelns wird anhand der Strafregisterauszüge deutlich, die von 62 Probanden vorliegen (vgl. Tab. 5.14).

Tabelle 5.14: Strafregisterauszüge, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Eintrag im Strafregisterauszug	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 62)	Kumulierte Prozent
Keiner	18	29.0	29.0
1 – 5	24	38.7	67.7
6 – 10	8	12.9	80.6
11 – 15	7	11.3	91.9
16 – 20	2	3.2	95.1
Über 20	3	4.8	100.0
Missing	10		
Gesamt	72		

Bei einer kleinen Gruppe ist die Vorstrafenbelastung mit über 16 Eintragungen doch erheblich. Eine Erklärung dafür kann die im Vergleich mit Suchtkranken längere Lebenszeit sein, da psychiatrische Patienten bei Aufnahme meist etwas älter sind (über 40 % sind über 35 Jahre alt).

Betrachtet man nur die beiden großen Diagnosegruppen F20-29 (n = 24) und F60-69 (n = 24) fällt auf, dass Psychosekranken 75 % der Probanden ohne Eintragungen ausmachen (das entspricht 37.5 % der Psychosekranken), während Probanden mit Persönlichkeitsstörung in ihrer Vorstrafenanzahl etwas breiter verteilt sind (29.2 % sind ein- bis fünfmal, 20.8 % sechs- bis zehnmal vorbestraft, 24.9 % haben 11 und mehr Vorstrafen).

(5) Art der Vordelinquenz

Die strafrechtliche Vorbelastung ist zwar erheblich – 78.6 % aller Probanden sind vorbestraft, dennoch leben fast 1/4, ohne jemals strafrechtlich belangt worden zu sein. Über die Hälfte werden mit einem Betrugs- bzw. Diebstahlsdelikt straffällig (vgl. Tab. 5.15). An zweiter Stelle folgen Körperverletzungen bzw. Verkehrsdelikte. Im Vergleich mit der Anlassdeliktverteilung schieben sich die Eigentumsdelikte an die erste Stelle. Gewalthandlungen spielen allerdings insgesamt auch in der Vorgeschichte eine große Rol-

le; zu den aufgeführten Gewaltdelikten kommen die unter *Sonst* subsumierten Straftaten hinzu (80 % der 20 Delikte).

Tabelle 5.15: Delikte der forensischen Vorgeschichte, § 63 StGB-Patienten (n = 57)

Deliktgruppe	Häufigkeiten	Gültige Prozent (n = 55) in Klammer: Prozentsatz bei Anlassdelikt, n = 70; vgl. Tabelle 5.9
Betrug / Diebstahl	29	52.7 (17.1)
Körpverletzung	20	36.4 (37.1)
Verkehrsdelikt	20	36.4 (7.1)
Sonst	20	36.4 (17.1)
Sexualdelikt	9	16.4 (14.3)
Raub / räuberische Erpressung	8	14.5 (10.0)
BtMG-Verstöße	5	9.1 (2.9)
Brandstiftung	5	9.1 (8.6)
Tötungsdelikt	2	3.6 (11.4)
Missing Probanden	2	
Gesamt: Deliktanzahl / Probanden	118 / 57	

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

(6) Alter bei 1. Straftat

Psychiatrische Forensikpatienten zeigen zwei Spitzen in der Verteilung des Erstdelikalters auf: Jugendliche und junge Erwachsene (vgl. Abb. 5.2). Dabei werden auch Angaben zu nicht strafrechtlich verfolgtem Verhalten gewertet; d. h. auf diesem Wege kann das kriminelle Potenzial in seiner Gesamtheit erfasst werden.

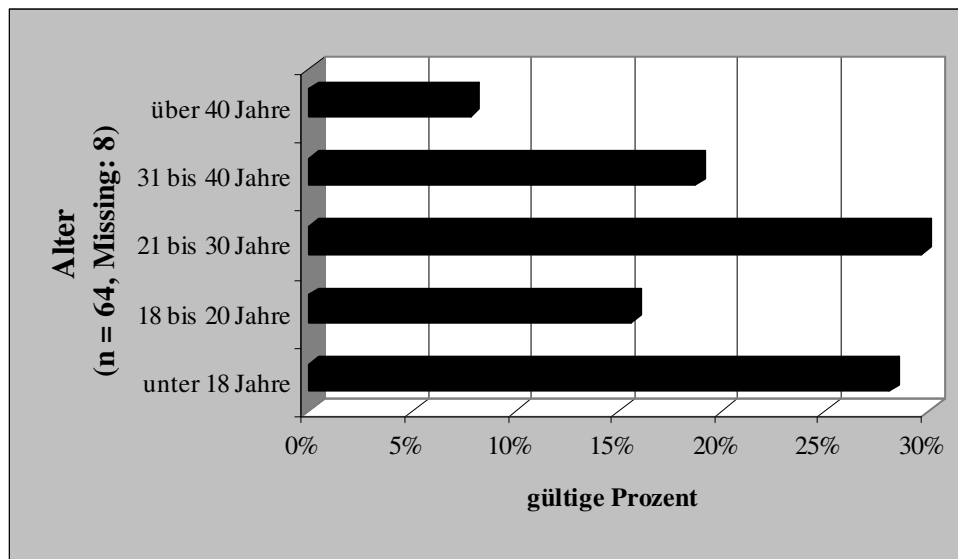


Abbildung 5.2: Alter bei 1. Straftat in (gültigen) Prozent, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Da der größere Anteil der Patienten (häufig mehrfach) vorbestraft ist, überrascht es nicht, dass weit über 50 % bereits in jüngeren Jahren delinquent wird.

Auch wenn aufgrund der geringen Stichprobengröße in den Untergruppen eine differenzierte Analyse nicht sinnvoll ist, lassen sich doch gewisse Tendenzen aufzeigen.

Die große Gruppe der Gewalttäter (n = 31) verteilt sich relativ breit auf die Altersgruppen mit den beiden Spitzen unter 18 bzw. 21 bis 30 Jahre. Beinahe 13 % werden erst im Alter von über 40 Jahren zu Straftätern. Dieses Erstdeliktalter im mittleren bzw. höheren Lebensalter findet man in keiner anderen Tätergruppe.

Sexualstraftäter (n = 10) werden zu einem geringeren Teil als Gewalttäter bereits als Jugendliche straffällig (20 %). 40 % werden erst mit 21 bis 30 Jahren erstmalig kriminell (unabhängig mit welchem strafrechtlich relevanten Verhalten). Danach flacht die Kurve wieder stark ab.

Die dritte größere Tätergruppe, Eigentumsdelinquente ohne Gewalt (n = 10), wird zu 40 % im jugendlichen Alter delinquent; immerhin 30 % werden erst zwischen 31 und 40 Jahren auffällig. Die anderen Probanden der Eigentumsdelinquenten verteilen sich auf die beiden Altersgruppen im jungen Erwachsenenalter.

Betrachtet man den Diagnosetyp kombiniert mit dem Ersttatalter fallen bei den beiden großen diagnostischen Untergruppen (F20-29 bzw. F60-69) deutliche Unterschiede auf. Psychosekranke (n = 21) werden v. a. im Alter zwischen 31 und 40 Jahren (28.6 %) delinquent, während Persönlichkeitsgestörte (n = 23) zu beinahe 50 % (47.8 %) bereits

unter 18 Jahren entsprechend aktiv werden. Der Anteil älterer Probanden reduziert sich in dieser Untergruppe schnell und liegt bei den über 40-Jährigen bei lediglich 4.3 %. Wie bereits erwähnt, ist die Vorstrafenbelastung bei dieser Gruppe auch quantitativ höher. Dagegen leben 19 % der Schizophrenen bis zu 40 Jahre ohne derartige Auffälligkeiten und kommen erst im mittleren Lebensalter mit dem Gesetz in Konflikt. Erklärend kann das im Vergleich mit Persönlichkeitsgestörten höhere Erkrankungsalter der Psychosekranken sein, wenn man annimmt, dass das Delinquenzverhalten mit der Erkrankung im Zusammenhang steht. Die anderen Diagnosegruppen sind so gering besetzt, dass eine Betrachtung nicht sinnvoll ist.

(7) Hafterfahrung

Die Hafterfahrung (definiert als summierte Haftzeiten) der Probanden kann Hinweise auf das kriminelle Potential geben. Die Erfahrungen, die ein Strafhaftgefangener macht, können zum einen prägend i. S. der Haftsozialisation sein; zum anderen haben Betroffene mit langen Haftzeiten häufig große Probleme, sich nach der Haftentlassung im Leben zurecht zu finden, die beruflichen Startbedingungen sind entsprechend schlecht, soziale Kontakte nur spärlich vorhanden bzw. auf Mitbetroffene reduziert. In der folgenden Analyse werden alle Haftzeiten berücksichtigt, die ein Proband bisher erlebt hat.

Tabelle 5.16 zeigt auf, dass ein Großteil keinerlei Hafterfahrung hat. Hier ist die große Gruppe Nichtvorbestrafter zu finden, aber auch Probanden mit geringer Deliktsschwere, die mit nicht freiheitsentziehenden Strafmitteln wie Geldstrafen o. ä. geahndet wurden.

Tabelle 5.16: Hafterfahrung der § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Haft	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 70)	Kumulierte Prozent
Keine Haft	30	42.9	42.9
Bis 6 Monate	9	12.9	55.7
7 – 12 Monate	5	7.1	62.9
1 – 2 Jahre	7	10.0	72.9
2 – 4 Jahre	7	10.0	82.9
4 – 6 Jahre	7	10.0	92.9
6 – 8 Jahre	1	1.4	94.3
Über 8 Jahre	4	5.7	100.0
<i>Missing</i>	2		
Gesamt	72		

Getrennt nach Diagnosen zeigt sich, dass 50 % der Probanden ohne Hafterfahrung psychosekrank sind bzw. 62.5 % der Psychotiker (n = 24) waren bisher nicht inhaftiert. Das deckt sich inhaltlich mit der hohen Anzahl nichtvorbestrafter Psychosekranker. Dagegen weisen Persönlichkeitsgestörte (n = 24) zu 37.5 % über zweijährige Haftzeiten auf. Auch Suchtkranke (n = 8) sind mehrere Jahre in Haft (50 %). Probanden mit Intelligenzminderung (n = 8) haben zu 87.5 % keine Lebenszeit in JVA's verbracht. Die anderen Diagnosegruppen sind derart schwach besetzt, dass keinerlei Aussagen getroffen werden können.

Analysiert man die Haftzeiten aller Tätergruppen, so fällt auf, dass über achtjährige Haftzeiten nur bei Gewalttätern vorkommen. Interessanterweise sind allerdings 60 % dieser Deliktgruppe (n = 35) noch nie in Haft gewesen, was auf ein recht breit gestreutes kriminelles Verhalten in der Vergangenheit bzw. auf den Einfluss der Erkrankung i. S. einer Schuldunfähigkeitsattestierung hinweist. Dies deckt sich auch mit der Analyse der verhängten Indexfreiheitsstrafen: Bei vielen Gewalttätern (71.4 %) wird keine Freiheitsstrafe ausgesprochen.

Einen derartigen Einfluss kann man auch bei Sexualstraftätern (n = 10) erkennen, da auch hier 50 % noch nie inhaftiert waren. Die anderen Probanden mit einem Sexualdelikt als Anlassdelikt verteilen sich gleichermaßen auf die weiteren Haftzeiten.

Eigentumsdelinquente ohne Gewalt (n = 10) sind zu 20 % nie inhaftiert gewesen, 50 % haben eine mehrmonatige bis einjährige Hafterfahrung. Die anderen Deliktgruppen sind für eine Analyse zu schwach besetzt.

5.1.1.4 Zusammenfassung Anamnese

Das vorliegende Probandengut der 72 gemäß § 63 StGB-Untergebrachten entspricht in vielen Aspekten den in der Literatur zu findenden Merkmalen psychiatrisch-forensischer Patienten (Gretenkord, 2001; Seifert et al., 2001; Thier, 1990). Sie sind schlecht ausgebildet, über 50 % haben Haupt- oder Förderschule besucht und verfügen über keine berufliche Qualifizierung.

Diagnostisch lassen sich zwei Hauptgruppen bilden: Psychosekranke und Persönlichkeitsgestörte (je 35 %). Die diagnostische Verteilung steht etwas im Gegensatz zur Essener Prognosestudie mit 255 Probanden aus 23 Kliniken, in der über 40 % an einer Schizophrenie leiden und Persönlichkeitsgestörte etwas seltener entlassen werden (Seifert, 2007). Häufig werden mehr Diagnosen gerade aus dem Suchtbereich vergeben. Die Sucht-Komorbidität steht wiederum im Einklang mit der Essener Studie. Das Erkranken

kungsalter liegt durchschnittlich unter 25 Jahre, wobei sehr oft Persönlichkeitsgestörte bereits als Jugendliche entsprechend auffallen. Viele Probanden sind psychiatrisch vorbehandelt, immerhin 26 % waren bereits im Maßregelvollzug.

Anlassdelikt ist bei den meisten Probanden Körperverletzung. BtMG-Verstöße und Eigentumsdelikte werden häufig polytrop gezeigt; dies kann auch Gretenkord (2001) bestätigen. Fasst man die Index-Delikte zusammen, lassen sich drei Hauptgruppen bilden: Gewalttäter (50 %), Sexual- bzw. Eigentumsdelikte ohne Gewalt (je 14 %). Auch Seifert (2007) zeigt einen deutlichen Überhang von Straftaten gegen Leib und Leben auf, ebenso Jöckel und Müller-Isberner (1997) und Leygraf (1988). Gretenkord (2001) dagegen, aber auch Ritzel (1978) haben einen stärkeren Eigentumsdeliktanteil. Während Gewalttaten häufig von Schizophrenen verübt werden, sind unter den beiden anderen Deliktarten auch Persönlichkeitsgestörte bzw. insbesondere bei Sexualstraftaten Psychose kranke in größerer Anzahl zu finden. Persönlichkeitsgestörte zeigen im Vergleich mit Psychose kranken ein breiteres Deliktmuster auf. Der hohe Anteil an Psychotikern unter den Gewalttätern erklärt die hier häufig fehlenden Schuldsprüche mit einer Freiheitsstrafe. Allgemein ist der Anteil der Probanden ohne Freiheitsstrafe recht hoch (knapp 50 %). Schizophrene sind zudem vorstrafrechtlich deutlich weniger belastet als andere.

Bei der Vordelinquenz führen Betrugs- und Eigentumsdelikte, Körperverletzungen und Verkehrsdelikte folgen. Das Ersttatalalter (unabhängig von der strafrechtlichen Bewertung) ist insgesamt recht niedrig, v. a. Probanden mit einer Persönlichkeitsstörung werden zu 50 % als Jugendliche delinquent. Auch in anderen Studien sind psychiatrische Probanden als Frühkriminelle, z. T. auch mit einschlägiger Delinquenz auffällig (Jöckel & Müller-Isberner, 1997; Thier, 1990). Den Zusammenhang zwischen Psychoseerkrankung und Gewaltdelinquenz kann man auch erkennen, wenn man das breiter verteilte Ersttatalalter-Muster der Gewaltdelinquenten betrachtet: Im Gegensatz zu anderen Delikttypen werden Gewalttäter auch im höheren Lebensalter erstmalig delinquent. Bei Psychosen ist das Ersterkrankungsalter ebenfalls etwas höher bzw. gleichmäßiger auf die Lebenszeit verteilt. Dies ähnelt den Leygraf'schen (1988) Ausführungen, der sowohl bei Gewalttätern als auch Schizophrenen eine vergleichsweise späte Entwicklung nachzeichnen kann. Persönlichkeitsgestörte gehören wie Sexual- und Eigentumsdelinquente eher zu den Frühdelinquenten. Hafterfahrungen spielen bei vielen Probanden kaum eine Rolle, v. a. Schizophrene haben häufig bisher keine Lebenszeit in Haft verbracht, was wiederum auf die insgesamt geringere

verbracht, was wiederum auf die insgesamt geringere Vorstrafenbelastung dieser Diagnosegruppe und die Anwendung der §§ 20 oder 21 StGB verweist.

5.1.2 Therapieverlauf

5.1.2.1 Aufnahmealter

Die Altersstruktur der psychiatrischen Patienten bei Aufnahme zeigt zwei große Gruppen: Zum einen jüngere Probanden unter 30 Jahre (über 40 %), zum anderen Probanden mittleren Alters bis 50 Jahre (knapp 50 %). Sechs Probanden sind über 50 Jahre alt.

Getrennt nach Delikttyp beim Index-Delikt fallen gerade bei den drei am stärksten besetzten Deliktklassen einige Unterschiede auf, die allerdings aufgrund zu geringer Stichprobengröße nicht statistisch abgesichert werden können.

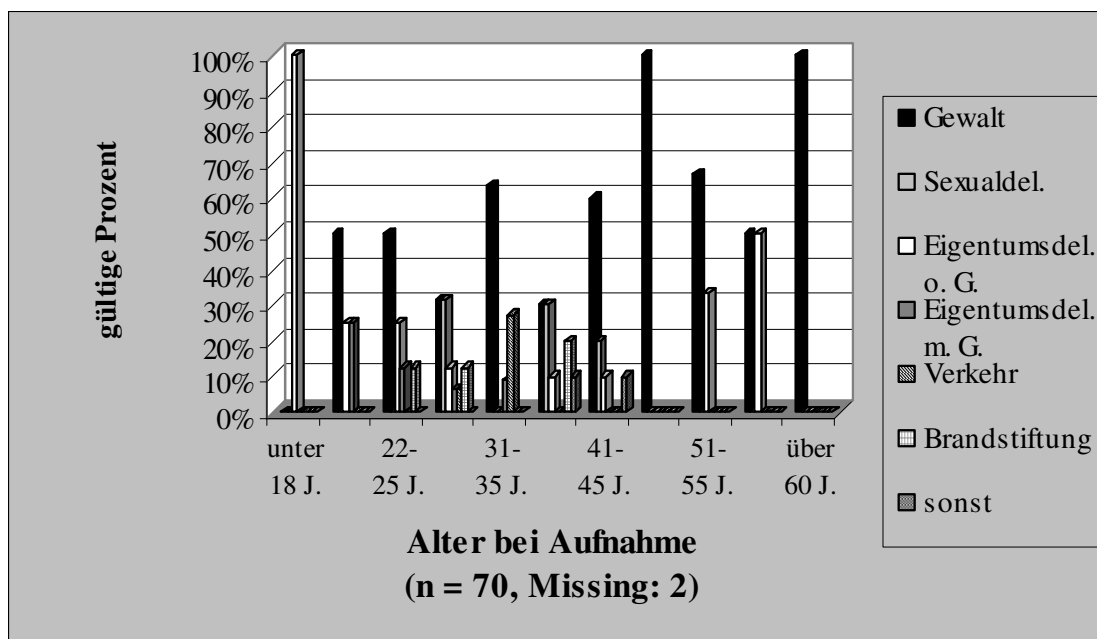


Abbildung 5.3: Aufnahmealter kombiniert mit Anlassdelikttyp in (gültigen) Prozent, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Gewalttäter (n = 35) sind überwiegend zwischen 31 und 49 Jahre alt, etwas über 30 % sind jünger als 30 (meist zwischen 26 und 30) und immerhin 11.5 % sind über 50 Jahre, wenn sie in den MRV kommen. Sexualdelinquente (n = 10) haben eine große Spitze in der Gruppe der 26 bis 30-Jährigen. Eigentumsdelinquente ohne Gewalt schließlich (n = 10) sind deutlich jünger bei Therapieantritt als die anderen Deliktgruppen: 60 % sind jünger als 30 Jahre (der einzige Proband unter 18 Jahre ist ebenfalls Eigentumstäter),

40 % sind zwischen 36 und 60 Jahre alt. Abbildung 5.3 veranschaulicht die Ausführungen und zeigt deutlich die breite Verteilung der Gewalttäter. Auch die beiden Spitzen bei gewaltlosen Eigentumsdelinquenten treten klar hervor. In mittleren Altersstufen finden sich gehäuft Sexualdelinquente, Verkehrsstraftäter und Brandstifter.

Tabelle 5.17: Alter bei Aufnahme kombiniert mit Hauptdiagnosetyp in (gültigen) Prozent, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

	F00-09	F10-19	F20-29	F30-39	F60-69	F70-79	Gesamt (absolute Häufigkeit in Klammern)
Unter 18 J.							100.0 (1)
% von Alter	0	0	0	0	100.0	0	
% von Diagnose	0	0	0	0	4.2	0	
18-21 J.							100.0 (4)
% von Alter	0	0	25.0	0	50.0	25.0	
% von Diagnose	0	0	4.2	0	8.3	12.5	
22-25 J.							100.0 (8)
% von Alter	0	25.0	25.0	0	37.5	12.5	
% von Diagnose	0	22.2	8.3	0	12.5	12.5	
26-30 J.							100.0 (15)
% von Alter	0	20.0	20.0	0	33.3	26.7	
% von Diagnose	0	33.3	12.5	0	20.8	50.0	
31-35 J.							100.0 (11)
% von Alter	0	18.2	63.9	0	18.2	0	
% von Diagnose	0	22.2	29.2	0	8.3	0	
36-40 J.							100.0 (9)
% von Alter	11.1	0	33.3	0	33.3	22.2	
% von Diagnose	50.0	0	12.5	0	12.5	25.0	
41-45 J.							100.0 (10)
% von Alter	0	20.0	30.0	10.0	40.0	0	
% von Diagnose	0	22.2	12.5	100.0	16.7	0	
46-50 J.							100.0 (4)
% von Alter	25.0	0	75.0	0	0	0	
% von Diagnose	50.0	0	12.5	0	0	0	
51-55 J.							100.0 (3)
% von Alter	0	0	33.3	0	66.7	0	
% von Diagnose	0	0	4.2	0	8.3	0	
56-60 J.							100.0 (2)
% von Alter	0	0	0	0	100.0	0	
% von Diagnose	0	0	0	0	0	0	
Über 60 J.							100.0 (1)
% von Alter	0	0	100.0	0	0	0	
% von Diagnose	0	0	4.2	0	0	0	
Gesamt (absolute Häufigkeit in Klammern)	100.0 (2)	100.0 (9)	100.0 (24)	100.0 (1)	100.0 (24)	100.0 (8)	68 Missing: 4

Eine Differenzierung nach Diagnosen kann zwar aufgrund der geringen erwarteten Häufigkeit in 97 % der Zellen ebenfalls nicht statistisch analysiert werden, gibt aber doch verwertbare Hinweise (vgl. Tab. 5.17). Schizophrene sind in nahezu allen Altersklassen zu finden mit einer Spitze zwischen 31 und 40 Jahren (über 40 %). Persönlichkeitsgestörte als zweite Hauptgruppe sind zu 1/4 unter 25 Jahre alt; damit sind sie die jüngsten § 63 StGB-Patienten. Interessanterweise sind immerhin 16 % der Probanden mit Persönlichkeitsstörung über 50 Jahre alt; auch dieser starke Anteil älterer Patienten ist so in keiner anderen Diagnosengruppe zu finden. Der älteste Patient ist allerdings schizophren.

5.1.2.2 Dauer der Unterbringung

Die Therapiedauer bei 69 Probanden (Missing: 3) liegt zwischen 13 und 5 342 Tagen ($M = 1\,319.32$, $SD = 988.891$). Der Median als mittlerer Wert einer Datenreihe liegt bei 1 055 Tagen.

Für eine Therapiebewertung ist es von Interesse, ob und wie sich die Probanden in ihrer Therapiedauer unterscheiden. Zunächst wird nach Entlassungsart differenziert (vgl. Tab. 5.18). Unterschieden werden reguläre Entlassung (sog. bedingte Entlassung), nach der der ehemalige Patient unter Bewährung stehend ein Leben außerhalb des Maßregelvollzugs führt, Entweichung, d. h. nicht genehmigtes, gewaltloses oder gewalttätiges Sich-Entfernen mit längerer bzw. zum Explorationszeitpunkt noch anhaltender Dauer und sonstige Arten, bei denen Verlegungen in eine andere forensische Einrichtung führend sind.

Tabelle 5.18: Therapiedauer (in Tagen) differenziert nach Entlassungsart, § 63 StGB-Patienten (n = 69)

	M	Median	n	SD	Min	Max
Bedingte Entlassung	1 662.9	1 494.5	46	913.8	664	5 342
Entweichung	499.8	286.0	5	364.0	166	923
Sonst	669.1	233.5	18	839.9	13	2741
Gesamt	1 319.3	1 055.0	69	988.9	13	5 342

Aufgrund der unterschiedlichen, z. T. sehr geringen Stichprobengröße sind Interpretationen nur mit Vorsicht anzustellen; dennoch kann man zum einen erkennen, dass Entweichungen erst nach einigen Monaten vorkommen. Dies wird mit den strengeren Sicherungsmaßnahmen am Therapiebeginn zusammenhängen bzw. mit den sukzessiv eingeführten Lockerungen und den sich damit erst später bietenden Fluchtmöglichkeiten. Zum anderen muss man festhalten, dass eine § 63-Therapie sehr langwierig ist und einige Jahre vergehen, bis der Patient eine Entlassung absehen kann. Unter sonst sind v. a. die Probanden subsumiert, die in eine andere Klinik verlegt werden. Gründe dafür sind höhere Sicherheitsstandards, Heimatnähe o. ä.. Diese Verlegungen werden meist relativ früh vorgenommen, um den Therapiebeginn bzw. Therapiefortschritt nicht zu belasten.

Eine weitere Differenzierung nach Hauptdiagnose, es werden nun nur noch bedingt Entlassene analysiert, um einen Eindruck von abgeschlossenen Therapieverläufen zu bekommen, zeigt, dass Minderbegabte mit einer mittleren Therapiedauer von 2 703.7 Tagen (SD = 1 596.6, n = 6, Median = 2 408.0) sehr viel länger in Therapie verbleiben als alle anderen Diagnosetypen. Schizophrene (n = 21) folgen mit im Mittel 1 570.6 Tagen (SD = 647.8, Median = 1 503.0). An dritter Stelle rangieren Persönlichkeitsgestörte mit M = 1 542.3 (SD = 470.3, n = 9, Median = 1 486.0). Deutlich kürzer bleiben Suchtkranke: M = 1 226.7 (SD = 680.5, n = 6, Median = 908.0). Die Untergruppen sind allerdings meist so schwach besetzt, dass sich keine weiteren Analysen anschließen können.

Als dritte Unterscheidungsmethode bietet sich an, Tätertypen zu differenzieren (vgl. Tab. 5.19), da die Länge der Unterbringung auch von der strafrechtlichen Bewertung bestimmt wird (Höhe der Freiheitsstrafe, Tatschwere, Vorstrafen etc.).

Tabelle 5.19: Therapiedauer (in Tagen) differenziert nach Delikttyp, bedingt entlassene § 63 StGB-Patienten (n = 46)

	M	Median	n	SD	Min	Max
Gewalttäter	1 772.9	1 503.0	27	993.8	765	5 342
Sexualdelinquente	1 364.7	1 271.0	7	610.6	664	2 401
Gesamte Stichprobe	1 662.9	1 494.5	46	913.8	664	5 342

Leider sind auch hier die Untergruppen z. T. sehr schwach besetzt, so dass nur Gewalttäter ($n = 27$) und Sexualdelinquente ($n = 7$) mit der Gesamtauswertung verglichen werden können. Gewalttäter sind überdurchschnittlich lange in Therapie und verbringen häufig mehrere Jahre im Maßregelvollzug. Allerdings unterscheiden sich die Therapiedauern gerade in dieser Subgruppe deutlich. Sexualstraftäter weisen im Vergleich mit der Gesamtgruppe etwas geringere Therapiezeiten auf.

Um zumindest bei Gewalttätern, die ausreichend häufig in ihrer Subgruppe vertreten sind, eine etwas genauere statistische Aussage treffen zu können, wird ein t-Test bei unabhängigen Stichproben durchgeführt. Die Normalverteilung wird mit dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest geprüft; die Variable Therapiedauer unterscheidet sich nicht signifikant ($n = 46$, KS z-Wert = .930, $p = .35$). Es wird die Hypothese aufgestellt, dass sich Gewalttäter von anderen Delikttypen in ihrer Therapiedauer unterscheiden. Betrachtet werden wieder nur die bedingt Entlassenen (vgl. Tab. 5.20).

Tabelle 5.20: Unterschiede der Therapiedauer bei Gewalttäter im Vergleich mit anderen Delikttypen (t-Test bei unabhängigen Stichproben), bedingt entlassene § 63 StGB-Patienten ($n = 46$)

Varianz	t-Wert	df	Sig.	SE der Differenz	95 % Konfidenzintervall der Differenz
Varianzen sind gleich	-.973	44	.336 n.s.	273.801	(-818.315; 285.305)
Levene-Test der Varianzgleichheit	F = .519 p = .475				

Anmerkung: n.s. = nicht signifikant; * < .05; ** < .01; *** < .001.

Auch wenn bei einfacher Betrachtung der Eindruck erweckt wird, dass Gewalttäter länger in Therapie sind als alle anderen Deliktgruppen, so kann dieser Unterschied statistisch nicht abgesichert werden.

5.1.2.3 Zwischenvollzug

Ein Zwischenvollzug einer Haftstrafe (aus dem gleichen oder aber einem anderen Verfahren) spielt bei psychiatrischen Patienten kaum eine Rolle. Nur vier Probanden müssen ihre Therapie für einige Zeit (für einschließlich sechs Monate bzw. über ein Jahr) unterbrechen. Es handelt sich dabei um zwei gewaltlose Eigentumsdelinquente und je

einen Gewalt- bzw. Eigentumstäter mit Gewaltanwendung. Diagnostisch lassen sich zwei Persönlichkeitsgestörte und je ein Intelligenzgeminderter bzw. Schizophrener identifizieren, die ihre Therapie zum Zwecke des Zwischenvollzugs unterbrechen.

5.1.2.4 Medikation

Immerhin 34.8 % (n = 72, Missing: 3) erhalten während der Therapie nur Bedarfsmedikamente. Von den 45 Probanden – darunter fallen alle schizophrenen Patienten, die medikamentenunterstützt therapiert werden – erhalten 39 (86.7 %) Neuroleptika, 10 (22.7 %) Antidepressiva und 17 (38.6 %) weitere Medikamente.

5.1.2.5 Zwischenfälle

(1) Suchtmittelrückfall

Auch bei psychiatrischen Patienten ist der Konsum von Alkohol oder illegalen Drogen verboten. Bei drei Patienten wird das Item aber als nicht zutreffend beurteilt, da keinerlei Gefährdung in Richtung Sucht vorgelegen hat. Bei weiteren drei Patienten können keine Angaben gemacht werden.

72.7 % der 66 Probanden sind nie auf diese Weise auffällig geworden. Je sieben Probanden haben einen bzw. zwei Rückfälle, drei Probanden drei bis sechs und ein Patient ist mehr als sechsmal rückfällig geworden. Persönlichkeitsgestörte und Intelligenzgeminderte sind besonders gefährdet; sie werden zu 30 bzw. 50 % rückfällig. Schizophrenie werden nur vereinzelt auffällig, fast 20 % bleiben ohne Rückfall. Bei anderen Diagnosen spielt der Suchtmittelkonsum keine Rolle.

(2) Erneute Straftat

Erneut straffällig während der Unterbringung werden 18.2 % (Missing: 6). Das Item weist einige Definitionsschwächen auf und ist daher nur mit Vorsicht zu interpretieren. Überwiegend wird hier von den Interviewern nur schwerwiegendes strafbares Verhalten angegeben, das – wenn es angezeigt werden würde – auch strafrechtliche Konsequenzen hätte. Kleinere Delikte wie Diebstahl auf Station mit geringem Geldwert oder auch Beschaffung illegaler Drogen in kleinen Mengen werden nicht codiert.

Besonders negativ, wenn auch nicht statistisch abzusichern, fallen Persönlichkeitsgestörte auf. Sieben von 21 Probanden werden straffällig. An zweiter Stelle folgen Suchtkranke, bei denen 22.2 % (n = 9) straffällig werden. In den anderen Diagnoseklassen gibt es keine oder nur sehr selten erneute Straftaten.

Delikttypisch lassen sich die gewaltlosen Eigentumstäter ($n = 9$) als besonders gefährdet extrahieren: 55.6 % werden straffällig. Eine andere größere Tätergruppe machen die Gewalttäter ($n = 34$) aus, die 33.3 % der 12 erneut Straffälligen stellen. Auch ein jüngeres Therapiealter scheint einen negativen Effekt zu haben, wenn auch nicht statistisch abzusichern: 1/3 der erneut Straffälligen sind unter 25 Jahre alt, 50 % bis 30 Jahre alt, wenn sie in den MRV kommen.

(3) Gewalt

Unter Gewalt werden alle Tötlichkeiten subsumiert. Es werden Tötlichkeiten gegen das Personal (Pflege, Ärzte, Psychologen etc.) von Gewalt gegen Mitpatienten differenziert. Gegen das Personal werden sechs Patienten (Missing: 3) gewalttätig – drei einmal und weitere drei mehrfach; d. h. 91.3 % sind während der Unterbringung in dieser Hinsicht unauffällig. Während Schizophrene, aber auch Persönlichkeitsgestörte ohne jegliche Tötlichkeit bleiben, sind sowohl die beiden Patienten mit organischer Persönlichkeitsstörung (100 %), drei Intelligenzgeminderte (37.5 %) und ein Suchtkranker (11.1 %) gewalttätig.

Gegen Mitpatienten werden 12 Probanden gewalttätig, neun einmal, drei mehrfach. Die Quote der Unauffälligen liegt damit bei 82.4 % (Missing: 4). Nicht alle Probanden, die gegen das Personal tötlich werden, richten ihre Aggressionen auch gegen Mitpatienten: Zwei von ihnen bleiben gegen Patienten unauffällig; d. h. acht Probanden werden ausschließlich gegen Mitpatienten gewalttätig.

Wiederum fallen insbesondere die beiden organisch Gestörten negativ auf, aber auch von den Intelligenzgeminderten bleiben nur 62.5 % unauffällig, drei werden zumindest einmal gegen Mitpatienten gewalttätig. Ebenso ist wieder ein Suchtkranker vertreten (12.5 %). Auch Persönlichkeitsgestörte und Schizophrene sind nun unter den Gewalttätigen: Drei von 23 Probanden mit Persönlichkeitsstörung bzw. zwei von 24 schizophrenen Probanden verhalten sich problematisch, meist aber als einmaliges Ereignis.

(4) Entweichung

Unter Entweichungen bzw. Fluchten sind alle nicht genehmigten Entfernungen aus der Unterbringung zu verstehen, gewalttätig oder nicht (s. Anhang C). Dieses Item erfasst alle Probanden, die nur für kurze Zeit (Stunden bis Tage) entwichen sind im Gegensatz zu den Probanden, die entweichen und längere Zeit nicht in die Einrichtung (freiwillig oder unfreiwillig) zurückkommen. Letztere werden im Item „Entlassungsart“ erfasst.

Über 3/4 bleiben diesbezüglich ohne Auffälligkeiten. Beinahe 16 % allerdings entweichen während ihrer Therapiezeit mehrmals, knapp 9 % einmal. Besonders negativ fallen Persönlichkeitsgestörte auf. In Abgrenzung von dem Tötlichkeitsitem sind Minderbegabte nur mit einem Probanden unter den Flüchtigen vertreten (vgl. Ab. 5.4).

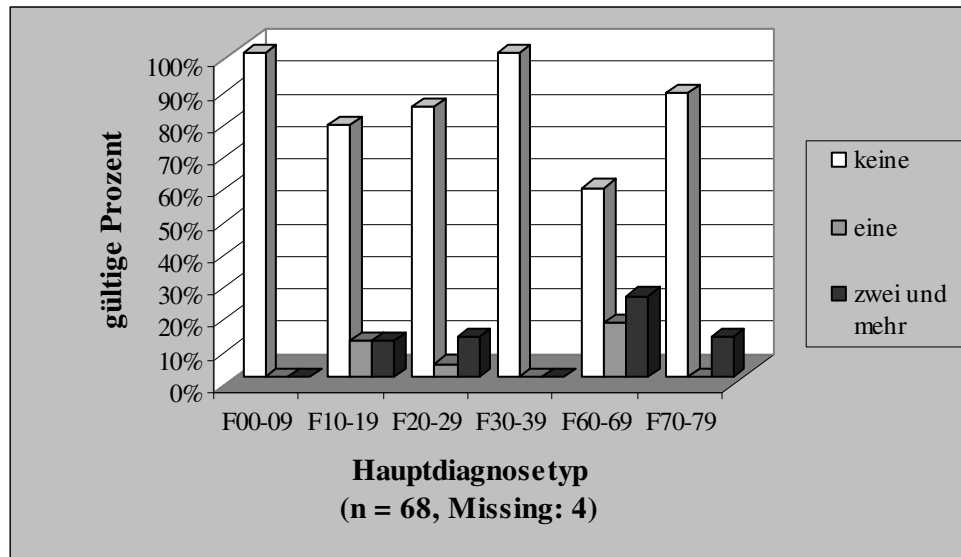


Abbildung 5.4: Entweichungen kombiniert mit Hauptdiagnose in (gültigen) Prozent, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Die folgenden Variablen sind ebenfalls nicht im Sinne einer statistisch abgesicherten Aussage relevant, dennoch geben sie Hinweise auf die Struktur der Entweicher Klientel. Gewalttäter (41.2 %) sind etwas häufiger unter den Entweichern (n = 17) zu finden, gefolgt von Eigentumsdelinquenten ohne Gewalt (29.4 %). Bei Therapiebeginn sind 41.2 % bis zu 30 Jahre, immerhin 23.5 % sind zwischen 31 und 35 Jahre alt. Danach fällt die Kurve stark ab. Ein niedriges Intelligenzniveau scheint keinen Einfluss zu haben, über 1/3 sind durchschnittlich begabt. Hafterfahrung spielt ebenfalls keine entscheidende Rolle. Dagegen ist der Familienstand bedeutender: 13 Entweicher (76.5 %) sind alleinstehend bzw. geschieden oder getrennt lebend.

5.1.2.6 Behandlungsprobleme

Das Item Behandlungsprobleme erfasst alle Auffälligkeiten, die die Therapie negativ mehr oder weniger stark beeinflussen. Bei fast 50 % werden von den Therapeuten keine Probleme beschrieben, bei 34 Probanden allerdings liegen entsprechende Angaben vor (Missing: 6). Getrennt nach Hauptdiagnose zeigt sich, dass insbesondere bei Patienten

mit Persönlichkeitsstörung Schwierigkeiten auftreten (60 %, n = 23). Auch bei fünf Probanden der acht Minderbegabten liegen problembehaftete Therapieverläufe vor. Die anderen Diagnoseklassen sind weniger deutlich ausgeprägt bzw. zu schwach besetzt.

Bei 26.5 % der Probanden mit Behandlungsproblemen liegen diese im Bereich der Therapiemotivation, Compliance bzw. im Aufbau einer therapeutischen Arbeitsbeziehung. Ebenfalls sehr häufig und die Therapie beeinträchtigend ist therapiefeindliches Verhalten im Allgemeinen (23.5 %). Darunter sind v. a. Suchtmittelrückfälle im größeren Ausmaß und Drogenscreeningmanipulationen zu verstehen, die auch bei § 63 StGB-Untergebrachten vorkommen. Fluchtversuche bzw. -vorbereitungen werden ebenso dazu gezählt. Als dritte große Problem-Gruppe (n = 7) wird aggressives Verhalten, direkt oder indirekt, instrumentell bzw. expressiv, beschrieben. Bei sechs Probanden wirken sich spezifische Persönlichkeitsvariablen wie Anpassungsprobleme, Suggestibilität, ausgeprägtes Residuum oder schlechte Deutschkenntnisse negativ aus. Deutlich seltener werden bei psychiatrischen Patienten Impulskontrollstörung bzw. Störungen des Sozialverhaltens (n = 2) und spezifische Vollzugsprobleme wie sehr lange Haftstrafe (Entlassungsproblematik), drohende Abschiebung o. ä. (n = 1) als Negativfaktoren beschrieben.

5.1.2.7 Behandlungsergebnis

(1) Alle § 63 StGB-Probanden

Zum Abschluss des Fragebogens I werden die Interviewer gebeten, eine Einschätzung des Behandlungsergebnisses abzugeben.

Tabelle 5.21: Einschätzung des Besserungsgrades in (gültigen) Prozent, § 63er-Patienten (n = 72)

	Keine (%)	Mäßig (%)	Sehr (%)	Gesamt (n)
Sozialverhalten	13.4	29.9	56.7	67 <i>(Missing: 5)</i>
Krankheit / Störung	20.0	33.8	46.2	65 <i>(Missing: 4, nicht zutreffend: 3)</i>
Suchterkrankung	11.8	29.4	58.8	34 <i>(Missing: 5, nicht zutreffend: 33)</i>

Unterschieden werden Sozialverhalten, Krankheit / Störung (außer Sucht) und Suchterkrankung. Diese Aspekte müssen auf einer dreistufigen Skala bewertet werden: Keine Besserung / mäßig / sehr. Bei fünf Probanden wird ohne Angabe von Gründen keine Einschätzung abgegeben (vgl. Tab. 5.21).

Aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht statistisch abzusichern, dennoch als Tendenz verwertbar, sind Differenzierungen nach Diagnose.

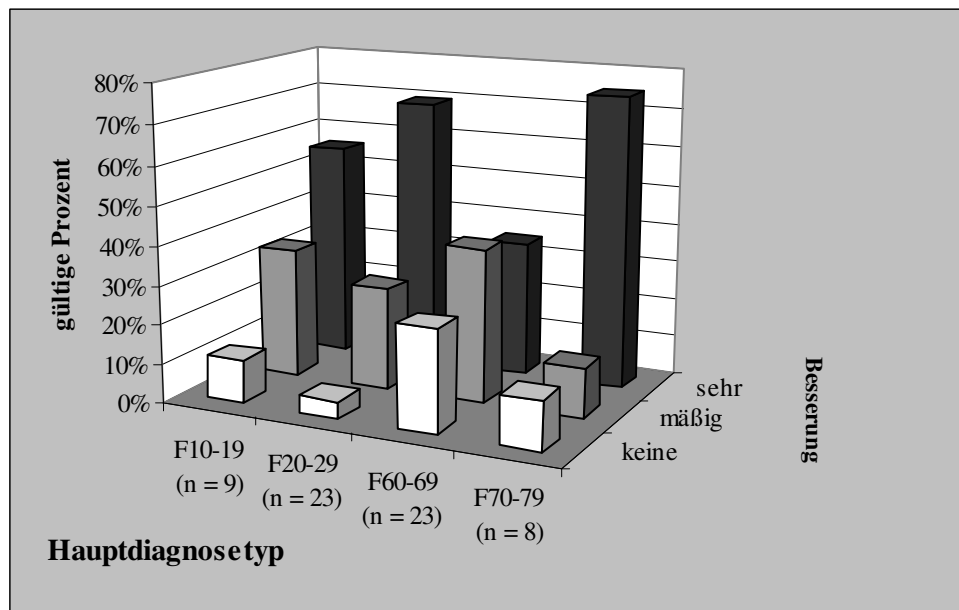


Abbildung 5.5: Besserung des Sozialverhaltens kombiniert mit Hauptdiagnose, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Das Sozialverhalten kann bei vielen Probanden gebessert werden (vgl. Abb. 5.5). Besonders gute Ergebnisse können von Schizophrenen und Intelligenzgeminderten berichtet werden. Etwas schlechter ist das Ergebnis bei Persönlichkeitsgestörten. Hier ist die Gruppe derer mit nur geringer Besserungsausprägung im Vergleich mit anderen Diagnosegruppen höher.

Das Behandlungsergebnis bzgl. Krankheit / Störung zeigt zwei Auffälligkeiten: Persönlichkeitsstörungen und Minderbegabungen sind derart schlecht zu therapieren, dass die Therapeuten bei 45.8 % bzw. 28.6 % keinerlei Verbesserung feststellen können. Bei 29.2 % der 24 Persönlichkeitsgestörten können mäßige und nur bei 25% sehr gute Ergebnisse erzielt werden. Intelligenzgeminderte schaffen zu 42.9 % (n = 7) ein mäßiges und zu 28.6 % ein sehr gutes Resultat. Dagegen fällt das Behandlungsergebnis bei Schizophrenen besonders gut aus: 73.9 % gelten als sehr gut gebessert, 26.1 % als immerhin

mäßig. Auch primär Suchtkranke mit komorbiden Störungen können bzgl. letzteren gut behandelt werden. 42.9 % bzw. 57.1 % der sieben Betroffenen schneiden gut bis sehr gut ab.

Tabelle 5.22: Besserung der Suchterkrankung kombiniert mit Hauptdiagnose, § 63 StGB-Patienten (n = 33)

	F00-09	F10-19	F20-29	F60-69	F70-79	Gesamt (absolute Häufigkeit)
Keine	0	2	0	2	0	4
Mäßig	0	2	2	5	1	10
Sehr	1	5	6	5	2	19
Gesamt (absolute Häufigkeit)	1	9	8	12	3	33

Die Behandlung einer (alleinigen oder zusätzlichen) Suchterkrankung kann bei 33 Probanden eingestuft werden (vgl. Tab. 5.22). Wiederum fallen Persönlichkeitsgestörte negativ auf. Dagegen sind primär schizophrene Erkrankte besonders gut zu behandeln.

(2) Bedingt entlassene § 63 StGB-Probanden

49 Probanden werden bedingt entlassen; d. h. sie können den Maßregelvollzug verlassen, Unterbringung und Freiheitsstrafe werden zur Bewährung ausgesetzt. 18 Probanden werden in andere Einrichtungen verlegt oder auch zur Vollstreckung einer Haftstrafe in eine JVA gebracht. Fünf Probanden entweichen und kehren über einen längeren Zeitraum nicht zurück.

Zur differenzierteren Betrachtung werden in diesem Unterpunkt nun nur noch die berücksichtigt, deren Therapie zu einem Abschluss gebracht werden konnte, der eine bedingte Entlassung ermöglicht (vgl. Tab. 5.23).

Insgesamt ist das Behandlungsergebnis in allen drei Aspekten sehr viel besser, was allerdings aufgrund der Stichprobenauswahl auch nicht verwundert.

Eine Verbesserung des Sozialverhaltens gelingt allen Probanden gut, nur Schizophrenen bilden eine kleine Ausnahme. Gerade bei Persönlichkeitsgestörten fällt dieses positive Ergebnis auf, da bei Betrachtung aller Probanden noch 26 % ohne Erfolg in dieser Hinsicht waren.

Auch bzgl. Krankheit / Störung können alle bedingt Entlassenen gute Resultate erzielen. Nur ein Minderbegabter ist nicht erreichbar. Auch hier zeigt sich, dass Probanden

mit schwierigen Therapieverläufen nicht bedingt entlassen werden: Gelten bei Betrachtung aller Probanden noch knapp die Hälfte der Persönlichkeitsgestörten in diesem Aspekt als nicht therapierbar, schaffen es nun alle, Erfolge zu erzielen.

Tabelle 5.23: Besserungseinschätzung bei bedingt Entlassenen, § 63 StGB-Patienten (n = 49)

	Keine (%)	Mäßig (%)	Sehr (%)	Gesamt (absolute Häufigkeiten)
Sozialverhalten:	2.2	19.6	78.3	46
F10-19 (n = 6)	0.0	33.3	66.7	(Missing: 3)
F20-29 (n = 22)	4.5	22.7	72.7	
F60-69 (n = 9)	0.0	22.2	77.8	
F70-70 (n = 6)	0.0	0.0	100.0	
Krankheit / Störung:	2.3	36.4	61.4	44
F10-19 (n = 5)	0.0	40.0	60.0	(Missing: 3, nicht zutreffend: 2)
F20-29 (n = 22)	0.0	27.3	72.7	
F60-69 (n = 9)	0.0	44.4	55.6	
F70-70 (n = 5)	20.0	40.0	40.0	
Suchterkrankung:	0.0	24.0	76.0	25
F10-19 (n = 6)	0.0	16.7	83.3	(Missing: 3, nicht zutreffend: 21)
F20-29 (n = 8)	0.0	25.0	75.0	
F60-69 (n = 6)	0.0	33.3	66.7	
F70-70 (n = 3)	0.0	33.3	66.7	

Besonders gut fällt das Ergebnis bei Suchterkrankung aus. Kein Proband, der auch bedingt entlassen wird und auf den dieses Item zutrifft, muss hier als Versager eingestuft werden.

5.1.2.8 Zusammenfassung Therapieverlauf

Das Klientel im psychiatrischen Maßregelvollzug teilt sich bei Behandlungsbeginn in zwei Altersgruppen: Bis 30-Jährige und Patienten mittleren Alters (bis 50 Jahre). Bei Thier (1990) liegt der Median bei 29.13 Jahren, Gretenkord (2001) berichtet von einem mittleren Aufnahmealter von 33.5 Jahren. Nicht statistisch abgesichert, dennoch als Hinweis verwertbar, ist das Ergebnis, dass gewaltlose Eigentümstäter jünger (bis 30 Jahre) als andere Tätergruppen sind. Gewalttäter dagegen zeigen eine breite Verteilung, Schizophrene haben eine Spitzengruppe zwischen 26 und 30 Jahre. Persönlichkeitsge-

störte Patienten sind jünger als andere, zeigen aber, ähnlich wie Schizophrene, eine breite Streuung ihrer Altersverteilung.

Die Unterbringungsdauer (vom Therapieantritt bis zur bedingten Entlassung) liegt im Mittel bei 4,5 Jahren und damit unter den Zeiträumen früherer Publikationen (Dimmek & Duncker, 1996; Leygraf, 1988; Ritzel, 1978; Seifert, Jahn & Bolten, 2001). Dagegen lassen sich wie in anderen Untersuchungen auch in dieser Studie einige Aspekte mit Prädiktorpotential differenzieren. Unterschieden nach Diagnose verbleiben Minderbegabte am längsten im MRV, gefolgt von Schizophrenen. Leygraf diskutiert bereits 1988, ob dieses angesichts der allgemein guten Therapierbarkeit der Schizophrenen verwundernde Ergebnis ein Hinweis auf bestehende Vorurteile auf justizieller Seite oder rasche Hospitalisierungstendenzen ist. Etwas besser kann allerdings die Deliktschwere als Einflussfaktor herangezogen werden. Gewalttäter liegen in der vorliegenden wie auch in anderen Studien etwas über dem allgemeinen Durchschnitt (Leygraf, 1988; Seifert, Jahn & Bolten, 2001). Psychotiker sind häufig Gewalttäter, so dass hier ein Zusammenhang zwischen Diagnose, Deliktschwere und Therapiedauer zu vermuten ist.

Straftaten während der Unterbringung sind, wie auch aus der Literatur bekannt, seltene Ereignisse (Bischof, 1986; Freese, Born & Müller-Isberner, 1995; Gretenkord, 2001; Leygraf, 1988). In unserer Stichprobe liegt der Anteil derartig Auffälliger bei 19 %, im Gegensatz zu anderen Studien wie die von Gretenkord (2001) zählen auch nicht polizeibekannte Handlungen dazu. Prädiktoren können aufgrund der geringen Stichprobengröße zwar nicht statistisch abgesichert extrahiert werden, es sind aber in Übereinstimmung mit anderen Studien Hinweise erkennbar: Gerade Persönlichkeitsgestörte und häufig auch jüngere Probanden fallen negativ auf. Forensisch müssen gewaltlose Eigentumstäter als besonders gefährdete Gruppe erwähnt werden.

Auch Suchtmittelrückfälle spielen im psychiatrischen Maßregelvollzug eine geringere Rolle. 73 % werden nie in dieser Richtung auffällig (vgl. auch Gretenkord, 2001). Erwähnt werden muss, dass Gewalttaten gegen Personal oder Mitpatienten ebenfalls nur vereinzelt vorkommen; meist werden derartige Übergriffe von Minderbegabten berichtet. In der Studie von Gretenkord dagegen werden von der Hälfte seiner 196 Probanden körperliche Auseinandersetzungen mit Mitpatienten berichtet, allerdings sind auch bei seiner Klientel Angriffe gegen das Personal selten.

16 % entweichen während ihrer Therapie mindestens einmal. Dieses Ergebnis deckt sich mit anderen Studien (Bischof, 1986; Gretenkord, 2001). Prädiktoren für eine Entweichung lassen sich zwar nicht statistisch abgesichert filtern, dennoch gibt es einige

Hinweise: Eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose, Gewalttäter, jüngeres Alter bei Therapiebeginn und insbesondere familiäre Ungebundenheit spielen vermutlich eine Rolle. Dagegen haben Intelligenzniveau und Hafterfahrung kaum Einfluss auf die Entweichungsneigung.

Das Verhalten auf Station ist bei vielen Patienten überwiegend angepasst. Auch in der Studie von Thier (1990) wird bei etwa 50 % ein eher unauffälliges Verhalten bestätigt.

Behandlungsprobleme treten bei der Hälfte auf; sie betreffen sehr häufig die motivationale Ebene, aber auch therapiefeindliches Verhalten wie Kontrollmanipulationen oder Fluchtvorbereitungen und aggressives Auftreten wird beschrieben. Minderbegabte und insbesondere Persönlichkeitsgestörte fallen hier negativ auf. Andere bedeutsame Faktoren zeichnen sich nicht ab.

Das Behandlungsergebnis (eingestuft von den Therapeuten auf einer dreistufigen Skala) wird unterteilt in drei Aspekte. Analysiert man alle Probanden unabhängig von ihrem Entlassmodus, ergibt sich ein wenig erfreuliches Bild, da gut 20 % nicht erreichbar sind. Besonders negativ fallen Persönlichkeitsgestörte auf, die weder im Sozialverhalten, Krankheit noch in einer potentiell zusätzlich vorhandenen Suchterkrankung Fortschritte erzielen können. Dagegen sind Schizophrene in allen Aspekten gut therapierbar. Analysiert man nun nur die Probanden, die tatsächlich bedingt entlassen werden, also die Therapie regulär abschließen können, ändert sich das Bild entscheidend. Beinahe alle Probanden erzielen gute Ergebnisse, auch Persönlichkeitsgestörte. Das lässt darauf schließen, dass Probanden mit problematischen Verläufen und schlechten klinisch-prognostischen Einschätzungen tatsächlich nicht entlassen, sondern in der Klinik bleiben oder in eine andere Einrichtung verlegt werden.

5.1.3 Therapieabschluss

5.1.3.1 Entlassungsart

Wie bereits erwähnt, können 49 Probanden regulär, d. h. bedingt entlassen werden. Unter sonstiger Entlassung finden sich Formen, die keinen Therapieabschluss voraussetzen, sondern zum Zwecke der besseren Zielerreichung oder aus juristischen bzw. strafvollzugsrechtlichen Gründen erfolgen (vgl. Tab. 5.24). Entweichung als Entlassungsmodus definiert meint alle Fluchten, Ausbrüche bzw. die Nichtrückkehr aus genehmigten Lockerungen, wenn der Entwichene über einen längeren Zeitraum nicht mehr zurückkehrt oder von der Polizei zurückgebracht wird.

Nicht statistisch abzusichern, dennoch als Eindruck verwertbar ist das Ergebnis, dass Persönlichkeitsgestörte (n = 24) nur zu 38 % bedingt entlassen werden können und damit deutlich unter den Quoten der anderen Diagnosegruppen bleiben; immerhin 42 % werden in andere Einrichtungen bzw. die JVA verlegt, 21 % entweichen (und kehren über einen längeren Zeitraum nicht in die Einrichtung freiwillig oder unfreiwillig zurück, so dass sie formal als entlassen gelten).

Tabelle 5.24: Entlassungsart, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 72)
Bedingte Entlassung	49	68.1
Entweichung	5	6.9
Sonst:	18	25.0
Verlegung in andere Klinik	9	
Aufhebung des (vorläufigen) Unterbringungsbeschlusses	4	
Zwischenvollzug	2	
Rückverlegung in JVA	1	
Abschiebung	1	
Verstorben	1	
Gesamt	72	

Die zweite große Diagnosegruppe, Schizophrene (n = 24), schafft eine bedingte Entlassquote von 92 %. In diesem Ergebnis spiegelt sich der bereits erwähnte Eindruck wieder, dass gerade diese Diagnosegruppe gut therapierbar ist und damit die Chance auf eine bedingte, also reguläre Entlassung steigt. Die anderen Gruppen, alle sehr schwach besetzt, erreichen zu 67 % (Suchtkranke, n = 9) bzw. 75 % (Intelligenzgeminderte, n = 8) die bedingte Entlassung.

Das Aufnahmealter scheint ebenfalls einen Effekt auf die Entlassart zu haben (vgl. Abb. 5.6). Die Graphik verdeutlicht, dass mit zunehmendem Alter die Chance auf eine bedingte Entlassung steigt mit Ausnahme der 51- bis 60-Jährigen.

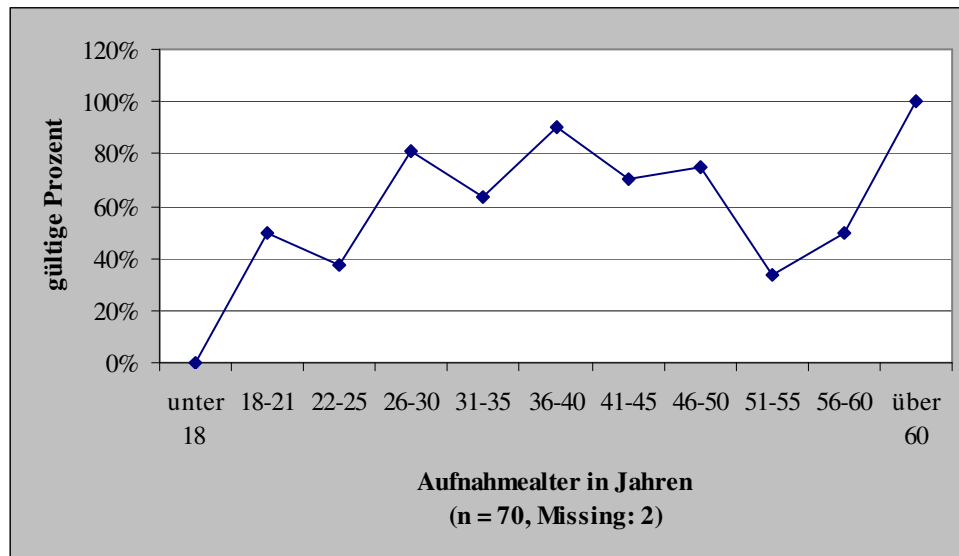


Abbildung 5.6: Aufnahmealter und bedingte Entlassung, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Während bei anderen Faktoren keinerlei statistische Analyse angestellt werden kann, da bereits die Grundannahme einer Normalverteilung verletzt ist, kann diese Variable genauer untersucht werden, da sie normalverteilt ist (vgl. Tab. 5.25).

Tabelle 5.25: Prüfung der Normalverteilung, Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

Variable	N	KS z-Wert	p
Alter bei Aufnahme	70	1.219	.103 n.s.
Delikttyp	70	2.216	.000***
Diagnosetyp	68	2.307	.000***
Familienstand	69	2.733	.000***
Entlassart	72	3.601	.000***

Anmerkung: n.s. = nicht signifikant; * < .05; ** < .01; *** < .001.

Korreliert man das Alter mit der Entlassungsart zeigt sich allerdings, dass die Nullhypothese (es besteht kein Zusammenhang zwischen Alter und Entlassart) beibehalten werden muss (vgl. Tab. 5.26).

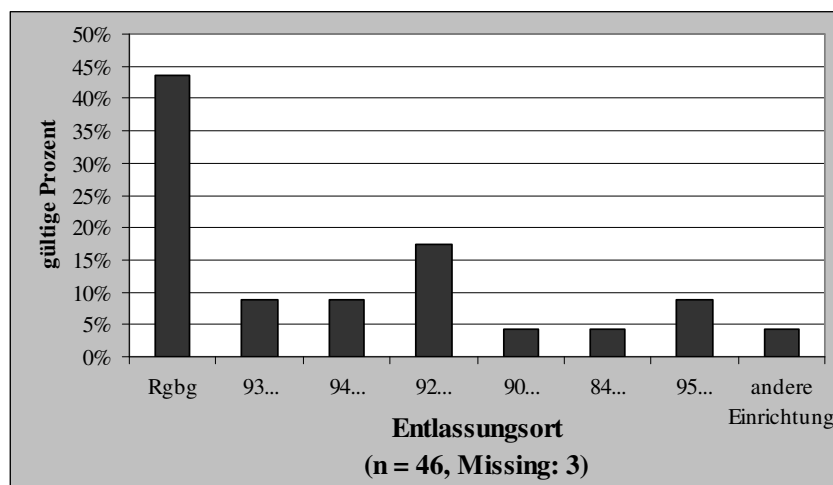
Tabelle 5.26: Korrelation (Spearman-Rho) Alter bei Aufnahme und Entlassungsart, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Variable		Entlassart
Alter bei Aufnahme	N	70
	Korrelationskoeffizient	-.133
	Sig. (2-seitig)	.273n.s.

Anmerkung: n.s. = nicht signifikant; * < .05; ** < .01; *** < .001.

5.1.3.2 Entlassungsort

Ein Drittel der Probanden bleiben nach der Entlassung in Regensburg (n = 72, Missing: 8, verstorben: 1). Beinahe 18 % werden in eine andere Einrichtung entlassen, 13 % in die nördliche Oberpfalz (Amberg), 8 % in eine JVA. Die Auflistung der Entlassungsorte orientiert sich an Postleitzahlen.



Anmerkung: Rgbg = Regensburg, 93... = Regensburg Landkreis, 94... = Passau, 92... = Amberg, 90... = Nürnberg, 84... = Landshut, 95... = Hof (Postleitzahlen).

Abbildung 5.7: Entlassungsort (Städte und Landkreise) in (gültigen) Prozent, bedingt entlassene § 63 StGB-Patienten (n = 49)

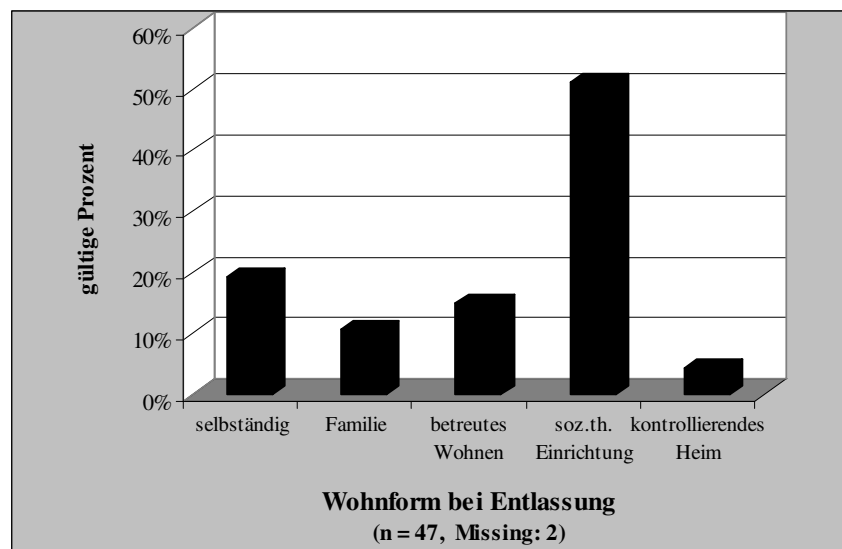
Für die Frage der weiteren An- bzw. Einbindung nach stationärer Therapie ist eine singuläre Betrachtung der bedingt Entlassenen sinnvoll. Daher wird wie auch bei weiteren Analysen diese Untergruppe meist getrennt untersucht.

Gut die Hälfte bleibt in Regensburg, viele ziehen in den Norden des Bezirks Oberpfalz (vgl. Abb. 5.7). Interessanterweise bleiben zwei Probanden in einer entsprechen-

den Einrichtung mit stark kontrollierendem Charakter, auch wenn sie den Status einer bedingten Entlassung erreicht haben. Es handelt sich dabei um Probanden, die unter Betreuung stehen.

5.1.3.3 Wohnen

Da sich bei den Probanden, die nicht bedingt entlassen werden können, die Frage der Wohnform nicht stellt (sie wechseln zum Großteil in andere Kliniken oder auch JVA), werden nur die regulär entlassenen untersucht.



Anmerkung: soz.th. Einrichtung = sozialtherapeutische Einrichtung.

Abbildung 5.8: Wohnform bei Entlassung in (gültigen) Prozent, bedingt entlassene § 63 StGB-Patienten (n = 49)

Nur etwa 30 % der 49 Entlassenen (Missing: 2) sind in der Lage, ohne weitere Unterstützung im Alltag zurecht zu kommen und alleine oder mit einem Partner bzw. der Familie zu leben (vgl. Abb. 5.8). Alle anderen brauchen eine mehr oder weniger intensive Begleitung bzw. auch Kontrolle, damit Straftatfreiheit erwartet werden kann und eine bedingte Entlassung in Frage kommt.

5.1.3.4 Weisungen

Alle bedingt Entlassenen bekommen mehrere Weisungen vom Gericht erteilt. Sehr viele Patienten erhalten die Anweisung, eine ambulante Nachsorgeeinrichtung zu besuchen. Bei drei Probanden wird sogar in die Weisungen aufgenommen, eine stationäre Thera-

pie an den Maßregelvollzug anzuschließen. Immerhin 30 Probanden werden angewiesen, eine komplementäre Einrichtung zu besuchen, um den Übergang nach vielen Jahren im Maßregelvollzug zu erleichtern (vgl. Tab. 5.27).

Tabelle 5.27: Weisungen, bedingt entlassene § 63 StGB-Patienten (n = 49)

	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 47)
Ambulante Nachsorge	39	83.0
Meldung von Wohnsitz- oder Arbeitsplatzwechsel	36	76.6
Abstinenz	30	63.8
Komplementäre Einrichtung	30	63.8
Kontakt zum Bewährungshelfer, Betreuer	27	57.4
Abstinenzkontrollen (Drogenscreening, CDT-Wert-Bestimmung etc.)	26	55.3
Weitere:	15	31.9
Medikamentenkontrolle	7	
Stationäre Therapie	3	
Kontakt zur Suchtberatungsstelle etc.	2	
Selbsthilfegruppe	2	4.3
Missing	2	
Gesamt: Weisungen / Probanden	205 / 49	

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

5.1.3.5 Betreuer und Bewährungshelfer

Unter Betreuung stehen zum Entlasszeitpunkt 59.7 % (n = 72, Missing: 9, verstorben: 1). Analysiert man nur die bedingt Entlassenen, fällt die Quote der Betreuten noch höher aus: 71.7 % (n = 49, Missing: 3).

Trennt man nach Diagnosen, kann man ablesen, dass Schizophrene (n = 22) ähnlich wie alle anderen Gruppen einen hohen Betreuungsanteil haben (über 70 %), dagegen Persönlichkeitsgestörte (n = 9) nur zu 44 % unter Betreuung stehen.

Bewährungshelfer spielen bei fast allen forensischen Patienten eine Rolle, d. h. sie stehen dem Patienten zur Seite, überprüfen die Einhaltung der Weisungen und begleiten den Patienten. Trennt man nicht nach Entlassform, so muss man sagen, dass bei 50 % der Patienten der Bewährungshelfer den zuständigen Therapeuten zum Entlasszeitpunkt nicht bekannt ist. Aber auch bei den Patienten, die bedingt entlassen werden und nach der Entlassung unter Bewährung stehen, also in jedem Falle Kontakt zu einem Bewäh-

rungshelfer haben werden bzw. müssen, wissen die Behandler bei 39.1 % der Entlassenen nicht, wer als Bewährungshelfer bestimmt ist.

5.1.3.6 Arbeit

Auch bei diesem Item werden nur die bedingt Entlassenen analysiert. Auf dem freien Arbeitsmarkt können 24 % arbeiten (vgl. Abb. 5.9). Nicht überraschend hoch ist der Anteil der Probanden, die keiner regulären Arbeit nachgehen können und daher in eine therapeutische Maßnahme (AT) bzw. Behindertenwerkstätte eingebunden sind (41.3 %). Die unter sonst Subsumierten sind Geringverdiener, ohne berufliche Beschäftigung etc. Erwerbslosigkeit spielt bei psychiatrischen Probanden eine geringe Rolle; nur zwei sind als solche angegeben.

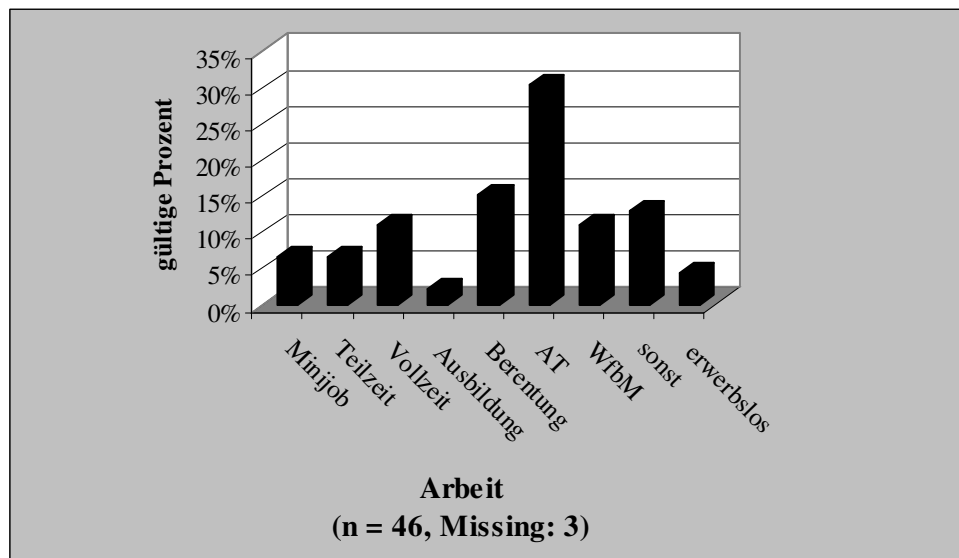


Abbildung 5.9: Arbeit bei Entlassung in (gültigen) Prozent, bedingt entlassene § 63 StGB-Patienten (n = 49)

Nur als Tendenz verwertbar ist der Vergleich der Diagnosegruppen. Schizophrene (n = 22) schaffen es zu 27.3 %, auf dem freien Arbeitsmarkt eine Stelle anzutreten. Am besten ist die Quote bei Persönlichkeitsgestörten (n = 9): 44.4 %. Dennoch sind Wiedereingliederungshilfen jeglicher Form bei allen sehr wichtig und häufig die einzige Möglichkeit, beruflich wieder Fuß zu fassen bzw. einer Beschäftigung nachzugehen.

5.1.3.7 Finanzielle Situation

Auch wenn die berufliche Lage nicht immer sehr gut ist, gelingt es doch bei allen bedingt entlassenen Probanden, die finanzielle Situation bei Entlassung zu sichern.

(1) Einkommen

Entsprechend der Arbeitssituation erhalten über 21 % Arbeitslohn und können diesen auch als finanzielle Grundlage nutzen. Allerdings leben über 40 % von Sozialhilfe bzw. Grundsicherung oder Lohnersatzleistungen (ALG I / II). Die unter sonst Aufgelisteten werden von nichtstaatlicher oder auch staatlicher Seite unterstützt bzw. haben eine Mischfinanzierung aus Arbeitslohn, Rente etc. (vgl. Abb. 5.10).

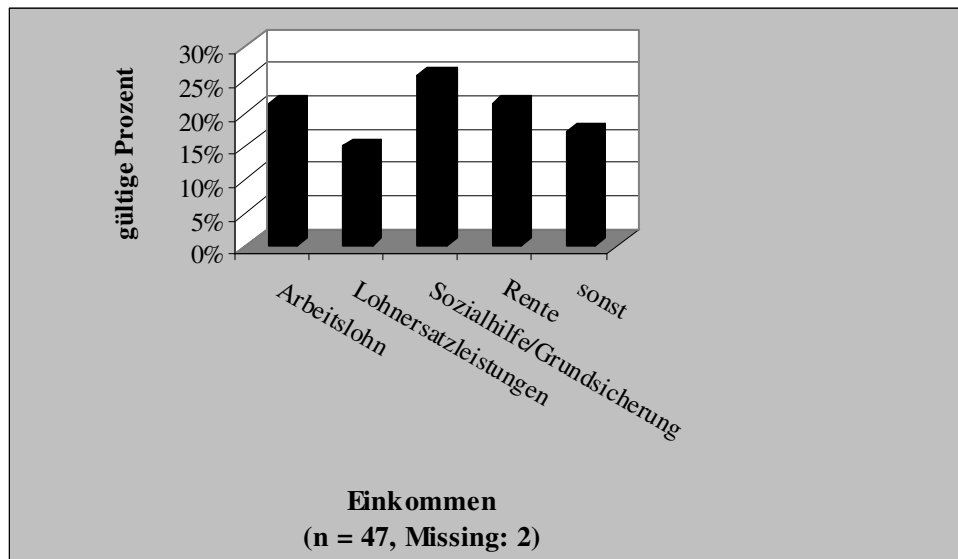


Abbildung 5.10: Einkommen in (gültigen) Prozent, bedingt entlassene § 63 StGB-Patienten (n = 49)

Ähnlich wie beim Item Arbeit schneiden Persönlichkeitsgestörte (n = 9) am besten ab: 55.6 % leben von ihrem Arbeitslohn. Bei Schizophrenen (n = 22) ist das nur bei 22.7 % der Fall. Letztere sind häufiger berentet (31.8 %). Auch diese Zahlen sind aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht statistisch abzusichern.

(2) Schulden

35.6 % der Probanden (n = 72, Missing: 13) haben Schulden. Bei den regulär Entlassenen (n = 49, Missing: 4) reduziert sich der Anteil leicht auf 33.3 %. Bei 10 Probanden mit Schulden ist zur bedingten Entlassung eine Schuldenregulierung zwar noch nicht in die Wege geleitet, aber geplant. Bei acht Probanden (80 %) wurde sie bereits während der Therapie begonnen. Nur 13 % werden dabei von einer Schuldnerberatung unterstützt, (Lohn)-Pfändungen spielen keine Rolle.

Schulden haben meist Suchtkranke (66.7 %, n = 6) und Persönlichkeitsgestörte (55.6 %, n = 9). Bei allen anderen Diagnosegruppen spielen sie bei der Mehrheit der Probanden eine weniger große Rolle.

5.1.3.8 Familienstand

Meist sind die Probanden alleinstehend (vgl. Abb. 5.11). Nur 1/4 lebt mit einem Partner. Die Zahlen bei den bedingt Entlassenen (n = 49, Missing: 1) sind ähnlich; auch hier leben 25 % mit einem Partner, etwas höher ist der Anteil der Patienten, die alleinstehend sind (66.7 %), etwas niedriger der der Geschiedenen (8.3 %).

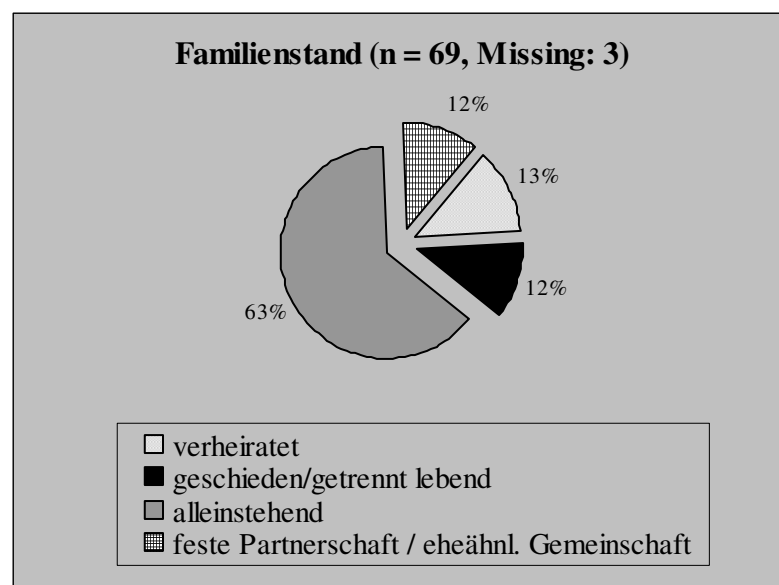


Abbildung 5.11: Familienstand zum Entlasszeitpunkt in (gültigen) Prozent, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Hoch ist der Anteil Alleinstehender bei den bedingt entlassenen Minderbegabten (n = 6) mit 83.3 %, am niedrigsten ist er mit 22.2 % bei den Persönlichkeitsgestörten (n = 9), die damit weit unter dem Durchschnitt liegen. Am deutlichsten ist der Anteil der Probanden ohne partnerschaftliche Kontakte bei Schizophrenen (n = 22), die zu 13.6 % geschieden sind bzw. getrennt leben und zu 86.4 % alleinstehend sind. Neben den Patienten mit Persönlichkeitsstörung gelingt es Suchtkranken (n = 6) recht gut, einen Partner zu finden: 33.4 % leben mit dem Ehepartner bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft. Bei Patienten mit Persönlichkeitsstörung liegt dieser Anteil sogar bei 66.6 %. Die Interpretationen sind wiederum nur mit Vorsicht anzustellen, da die Untergruppen z. T. sehr schwach besetzt sind.

5.1.3.9 Kinder

Elternschaft spielt bei psychiatrischen Probanden kaum eine Rolle (vgl. Abb. 5.12). Die Zahlen ändern sich bei den bedingt Entlassenen ($n = 47$, Missing: 2) kaum, hier steigt die Quote der Kinderlosen auf 78.7 %. Am niedrigsten ist die Kinderlosenquote bei Schizophrenen (alle Probanden, $n = 23$) mit 69.6 %, gefolgt von Probanden mit Persönlichkeitsstörung ($n = 23$) mit 73.9 %. Minderbegabte ($n = 8$) haben zu 100 % keine Kinder.

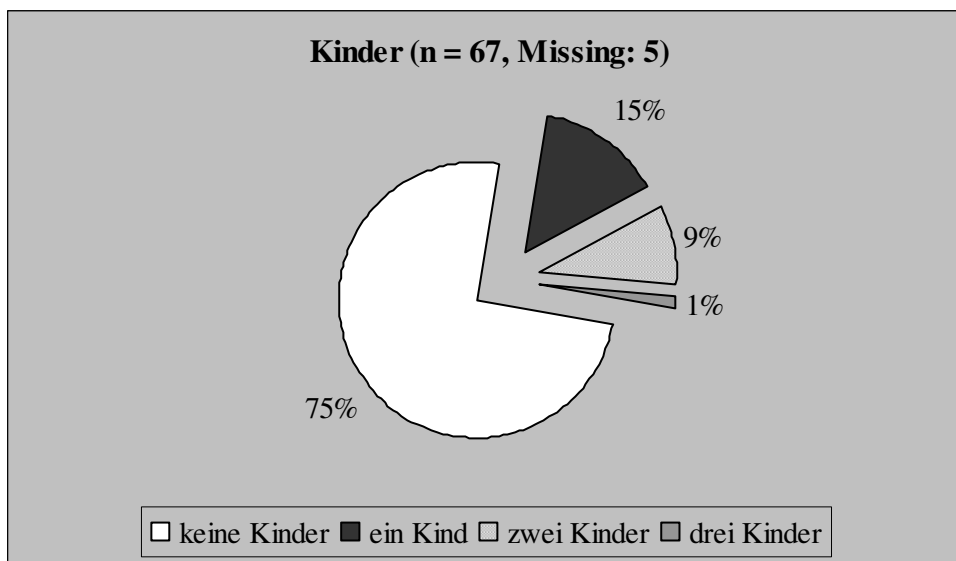


Abbildung 5.12: Kinderanzahl bei Entlassung in (gültigen) Prozent, § 63 StGB-Patienten ($n = 72$)

5.1.3.10 Kontaktverhalten

(1) Sozialkontakte

Zur Familie haben 19.7 % der 72 Patienten (Missing: 6) keinen Kontakt. 31.8 % sind sporadisch mit Angehörigen im Gespräch und immerhin 48.5 % regelmäßig. Bei bedingt Entlassenen ist diese Verteilung ähnlich. Besonders auffällig sind Minderbegabte ($n = 8$) mit 37.5 %, Schizophrene ($n = 23$) mit 21.7 % und Persönlichkeitsgestörte ($n = 22$) mit 18.2 %, die ohne Familienkontakte leben. Gerade Suchtkranke dagegen ($n = 8$) schaffen es, den Kontakt zu halten, 62.5 % sogar relativ häufig.

Freunde haben nur einige Probanden; 24 (36.9 %, $n = 72$, Missing: 7) haben keinerlei freundschaftlichen Kontakt, 22 immerhin gelegentlich und 19 häufig. Bei bedingt Entlassenen ist die Situation noch etwas schwieriger, 42.6 % der 49 Probanden (Missing: 2) sind ohne Freunde. Wiederum sind besonders Minderbegabte ($n = 8$) mit 62.5 % und

Schizophrene ($n = 23$) mit 52.2 % auffällig. Während doch immerhin bei der Mehrheit Familienkontakte herstellbar sind, sind nur wenige in der Lage, Freundschaften zu pflegen bzw. aufzubauen. Persönlichkeitsgestörten ($n = 21$) gelingt es dagegen im Vergleich mit Familienkontakten bei Freunden besser, im Kontakt zu bleiben (85.7 % sporadisch bzw. häufig). Auch hier schneiden Suchtkranke wieder als Beste ab; nur 12.5 % der acht Suchtmittelabhängigen haben keine Freundschaften, 25 % halten unregelmäßig und 62.5 % regelmäßigen Kontakt.

(2) Vereinszugehörigkeit

Eine Vereinsmitgliedschaft kann ein Gradmesser für die soziale Integration des Betroffenen sein. Bei psychiatrisch-forensischen Patienten spielt sie allerdings kaum eine Rolle, nur 10 Probanden (16.1 %, $n = 72$, Missing: 10 bzw. 21.7 %, $n = 49$ bedingt Entlassene, Missing: 49) sind einem Verein beigetreten. Die favorisierten Vereine sind Sportvereine (meist Fußball).

Insbesondere Suchtkranke (42.9 %, $n = 7$), aber auch Schizophrene (18.2 %, $n = 22$) sind etwas besser integriert. Auch hier spiegelt sich der Eindruck wieder, dass es gerade Suchtkranken gut gelingt, im sozialen Leben Fuß zu fassen.

(3) Freizeitverhalten

Über das Freizeitverhalten, das die Patienten z. T. erst in der Therapie aus- bzw. aufbauen können, lassen sich nur bei bedingt Entlassenen sinnvolle Angaben machen, da andere Probanden häufig keine geeignete Lockerungsstufe haben, um sich in diesem Aspekt realitätsnah ausprobieren zu können.

Zum Entlasszeitpunkt werden 60 % ($n = 49$, Missing: 4) vom Therapeuten als passiv bzgl. ihres Freizeitverhaltens eingestuft, d. h. sie beschäftigen sich überwiegend alleine ohne soziale Interaktion, gehen nur unregelmäßig einer Betätigung nach oder reduzieren ihre Freizeitbeschäftigung auf wenig kreative Formen wie TV oder PC-Spiele etc. Aktive nehmen ihre Vereinszugehörigkeit wahr, treffen sich regelmäßig mit Freunden oder der Familie, treiben Sport oder ein zeitintensives Hobby.

5.1.3.11 Zusammenfassung Therapieabschluss

Die Quote der bedingt Entlassenen liegt bei 68 %. Einige Probanden (12.5 %) werden in andere Kliniken verlegt, um die Resozialisierungschancen zu erhöhen oder da ein höherer Sicherungsgrad notwendig ist. Aufgrund der geringen Stichprobengröße und einigen

Verletzungen statistischer Voraussetzungen können nur tendenziell Einflussfaktoren genannt werden. So scheinen Schizophrene die besten Entlassquoten zu haben, über 90 % werden bedingt entlassen, nur wenige müssen in andere Kliniken oder auch JVA's verlegt werden. Dies deckt sich mit den Erfahrungen, die Seifert (2007) macht: Bei Schizophrenen liegen derart gute Therapie-, aber auch Nachsorgemöglichkeiten vor, dass diese Gruppe gute Chancen auf eine Entlassung hat. Persönlichkeitsgestörte dagegen können nur zu 38 % tatsächlich bedingt entlassen werden. Ein weiterer Einflussfaktor ist zumindest in der Tendenz das Aufnahmealter: Je älter die Probanden sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer bedingten Entlassung.

Lebensmittelpunkt nach Entlassung ist bei der Hälfte Regensburg und Umgebung, eine weitere große Gruppe zieht in die nördliche Oberpfalz. Gerichtlich auferlegte Weisungen spielen bei allen bedingt Entlassenen eine Rolle, sie unterscheiden sich von denen aus anderen Studien kaum (Ritzel, 1978; Seifert, 2007). Meist werden sie angewiesen, eine ambulante Nachsorgeeinrichtung zu besuchen – im Gegensatz zu Gretenkord (2001) spielt die stationäre Weiterbehandlung als Weisung auferlegt eine geringe Rolle, Kontakt zu Behörden insbesondere der Bewährungshilfe zu halten oder auch ihre Medikamenteneinnahme überwachen zu lassen. Dabei wird ihnen ein Bewährungshelfer an die Seite gestellt, der allerdings zum Entlasszeitpunkt bei etwa 40 % nicht bekannt ist und erst nach der Entlassung Kontakt zu den ehemaligen Patienten aufnimmt. Eine selbständige Lebensführung gelingt nur etwa 1/3 (Familie oder alleine), alle anderen brauchen mehr oder weniger Unterstützung und Einbettung in extramurale Einrichtungen. In Einklang mit diesen Zahlen steht der hohe Anteil derer, die unter Betreuung stehen: 70 %. Davon sind insbesondere Schizophrene betroffen. Pozsár hat bereits 2001 eine steigende Tendenz zur Heimunterbringung festgestellt; auch die vorliegenden Daten gehen in diese Richtung.

Die berufliche Situation zeigt ebenfalls die massiven Einschränkungen psychiatrisch-forensischer Patienten; nur 1/4 – meist Persönlichkeitsgestörten – gelingt es, auf dem freien Arbeitsmarkt unterzukommen, bei anderen spielen beschützende Werkstätten u. ä. eine große Rolle. Viele sind auf staatliche Unterstützung angewiesen. Auch diese Daten decken sich mit den Aussagen aus anderen Studien (Gretenkord, 2001; Pozsár, 2001; Seifert, 2007).

Eine Partnerschaft haben wie auch in anderen Studien (Ritzel, 1978; Seifert, et al., 2001; Thier, 1990) wenige Patienten und kann am ehesten bei Suchtkranken oder auch Persönlichkeitsgestörten beobachtet werden. Kinder kommen in dieser Population kaum

vor. Keinen Kontakt zur (Ursprungs-)Familie haben 20 %; v. a. Minderbegabte und Schizophrene stehen alleine da. Besonders auffällig zeigt sich die Kontaktarmut allerdings bei Freundschaften: 40 % der Gesamtgruppe können keine benennen, auch hier sind Minderbegabte und Schizophrene überdurchschnittlich häufig vertreten. In dieser Hinsicht hat sich im Maßregelvollzug wenig geändert, bereits 1978 muss Ritzel feststellen, dass familiäre bzw. freundschaftliche Kontakte häufig während der Unterbringung abbrechen. Auch Vereinszugehörigkeit spielt kaum eine Rolle, das Freizeitverhalten wird überwiegend als passiv beschrieben. Die Zahlen zu Sozialkontakten unterscheiden sich bei bedingt Entlassenen und anderen nicht wesentlich, so dass auf ein geringes Veränderungspotential dieser Aspekte geschlossen werden kann.

5.1.4 Probandeninterviews

5.1.4.1 Therapiebewertung

Die Patienten werden gebeten, einzelne Therapiebausteine auf einer dreistufigen Skala zu bewerten: Haben Sie die Einzelpsychotherapie als positiv, negativ oder weder noch erlebt; wie ging es Ihnen mit der Sporttherapie etc.?

Tabelle 5.28: Modulbewertung in Prozent, bedingt entlassene § 63 StGB-Patienten (n = 49)

	negativ	positiv	Gesamt (absolute Häufigkeit)
Gruppentherapie	8.1	73.0	37
Einzelpsychotherapie	0.0	79.0	38
Sozialpädagogische Behandlung	2.6	84.2	38
Pflegerische Behandlung	10.5	76.3	38
Medizinische Behandlung	10.3	71.8	39
Pflegegespräche	0.0	79.0	38
Beschäftigungstherapie	20.0	45.7	35
Arbeitstherapie	16.7	61.1	36
Sporttherapie	14.3	75.0	28
Freizeitaktivitäten	5.3	75.7	38
Stufenprogramm	15.8	57.9	38
Atmosphäre auf Station	20.5	46.2	39

Tabelle 5.28 gibt die Angaben der bedingt entlassenen Probanden wieder; beachtet werden muss die schwankende Missingzahl (zwischen 10 und 21), die insbesondere daraus resultiert, dass Patienten nicht immer mit allen Modulen in Kontakt kommen und daher zu einigen keine Bewertung abgeben können. Mit nur einem Probanden ist der Verweigereranteil – also Probanden, die nicht bereit sind, Angaben zu machen – überraschend niedrig.

Besonders positiv werden Einzelkontakte erlebt; insbesondere der Kontakt zum Sozialpädagogen, aber auch die Arbeit mit dem Einzelpsychotherapeuten oder der Pflege wird als hilfreich eingestuft. Die Gruppentherapie als eine häufig eingesetzte Therapieform bekommt ebenfalls von vielen Probanden gute Noten, während die Arbeits- und Beschäftigungstherapie von weniger Probanden als gut befunden wird. Die Sporttherapie erleben viele als positiv, allerdings fehlen hier die meisten Angaben, da dieses Modul erst ab einer internen Neustrukturierung und nicht von Studienbeginn an in die Auflistung aufgenommen wurde. Das Stufenprogramm können etwas mehr als die Hälfte als gelungen einstufen; viele nehmen dazu eine neutrale Haltung ein. Etwas deutlicher wird die Ablehnung beim Item Stationsatmosphäre gezeigt, das 20 % ausgesprochen negativ beantworten.

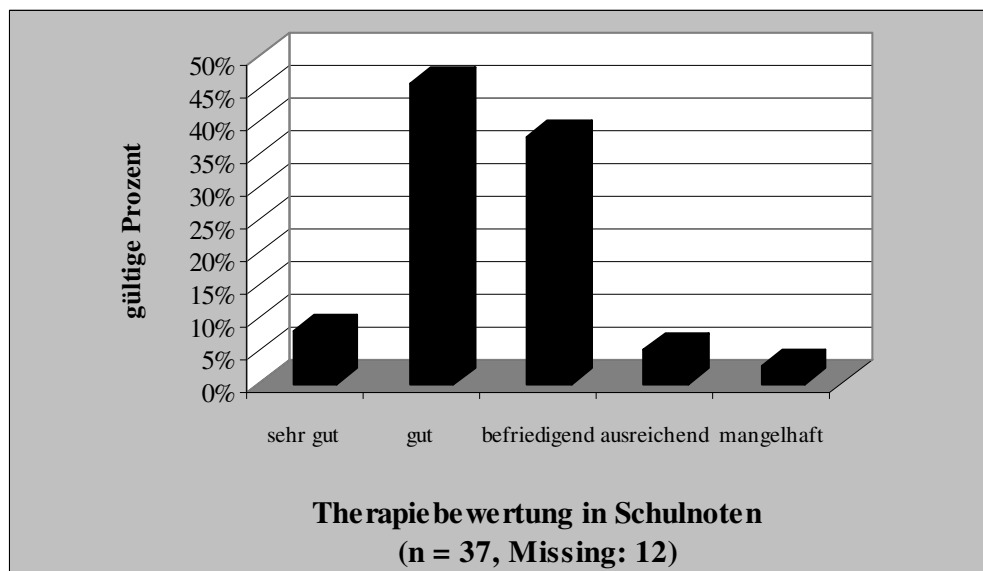


Abbildung 5.13: Therapiebewertung in Schulnoten, (gültige) Prozent, bedingt entlassene § 63 StGB-Patienten (n = 49)

Über die Hälfte der bedingt Entlassenen beurteilt die Therapie insgesamt als sehr gut bzw. gut (vgl. Abb. 5.13).

Eine getrennte Auswertung nach Diagnosen zeigt oberflächlich keine systematischen Unterschiede, eine statistische Analyse verbietet sich angesichts der sehr geringen Fallzahlen.

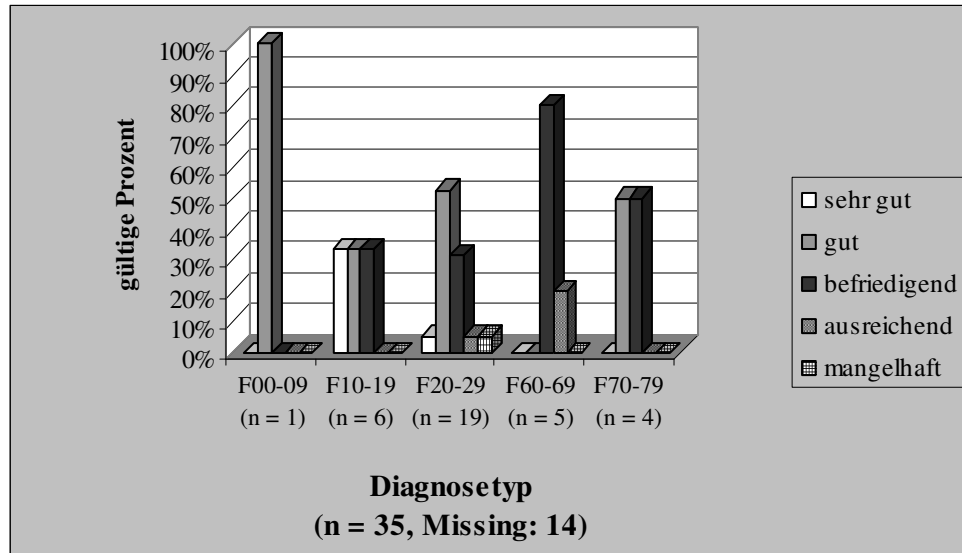


Abbildung 5.14: Therapiebewertung in Schulnoten getrennt nach Diagnosetyp, (gültige) Prozent, bedingt entlassene § 63 StGB-Patienten (n = 49)

Die Diagnosetypen sind zumindest tendenziell etwas unterschiedlich in ihrer Therapiebewertung (vgl. Abb. 5.14). Persönlichkeitsgestörte scheinen demnach eine eher kritische Haltung einzunehmen: 80 % geben ein „befriedigend“, 20 % sogar ein „ausreichend“. Die große Gruppe der Schizophrenen ist eher im positiven Bereich, fast 1/3 orientieren sich an mittleren Bewertungspositionen.

5.1.4.2 Interview

Neben der Einschätzung diverser Therapiemodule werden die Probanden zudem befragt, was sie nützlich empfunden haben, was gefehlt habe, was unangenehm war und welche Verbesserungsvorschläge sie haben. Bei nicht allen Probanden kann dieses Interview durchgeführt werden, auch wollen einige keine Angaben machen. 37 Probanden geben Auskunft, davon sind 33 bedingt Entlassene.

Nahezu die Hälfte gibt an, besonders von Therapiemodulen profitiert zu haben, die das Gespräch als kennzeichnende Charakterform haben. Dies deckt sich mit der Modulbewertung. Der bei der Frage nach Fehlendem am häufigsten genannte Aspekt ist Freiheit und wird insgesamt von über 40 % der Interviewten genannt. Dabei ist primär die

Freiheit im eigentlichen Sinne gemeint, aber auch Selbstbestimmtheit und Eigenverantwortung. An dritter Stelle werden Therapieinhalte – Rollenspiel, Sozialtraining etc. – angesprochen, die den Betroffenen gut geholfen hätten. Das Patientenmilieu, dabei insbesondere das Sozialverhalten anderer, empfinden 1/4 der Befragten als schwierig.

Die Probanden können das Therapieprogramm häufig gut nutzen, fühlen sich unterstützt in ihrer Krankheitsbewältigung und vorbereitet auf die Zeit nach dem MRV (vgl. Tab. 5.29). Dabei scheinen gerade Beziehungsaspekte eine große Rolle zu spielen. Einige erleben aber nicht nur begleitende Unterstützung als hilfreich, sondern auch Druck von Seiten des Teams zur Auseinandersetzung mit der Straftat etc. Einzelnen Probanden ist es wichtig, eine Struktur vorzufinden, einen geregelten Tagesablauf, aber auch festgelegte Therapieschritte. Schließlich bezieht sich die Bedeutung des Beziehungsaspektes nicht nur auf das Team, sondern auch auf die Mitpatienten. Sie dienen u. U. als abschreckende Beispiele, aber auch als Modelle für Sozialtraining, Gesprächspartner im Allgemeinen etc.

Tabelle 5.29: Therapiebewertung: profitiert von..., § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Wovon haben Sie profitiert?	Absolute Häufigkeit:		Gültige Prozent:	
	Alle Pbn.	bedingt entlassene Pbn.	Alle Pbn. (n = 37, Missing: 35)	bedingt entlassene Pbn. (n = 33)
Therapiemodule mit Fokus auf Gespräch und Beziehung	17	16	45.9	48.5
Therapieinhalte	9	9	24.3	27.3
Resozialisierungsmaßnahmen	7	7	18.9	21.2
Strukturgebende Maßnahmen	4	4	10.8	12.1
Patientenmilieu (Gruppenerleben, Modelllernen)	4	4	10.8	12.1
Begleitende Therapiemodule mit Beschäftigungscharakter	3	3	8.1	9.1
Team (Beziehungsaspekt)	3	2	8.1	6.1
Gesamt-Nennungen	47	45		

Neben Freiheit und Selbstbestimmtheit fehlt es einigen Probanden an Aspekten, die zu dem infrastrukturellen Bereich gehören (vgl. Tab. 5.30).

Tabelle 5.30: Therapiebewertung: was vermisst?, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Was hat Ihnen ge- fehlt?	Absolute Häufigkeit:		Gültige Prozent:	
	Alle Pbn.	bedingt ent- lassene Pbn.	Alle Pbn. (n = 37, Missing: 35)	bedingt entlasse- ne Pbn. (n = 33)
Freiheit (Selbständigkeit)	15	13	40.5	39.4
Infrastrukturelle Aspekte	7	6	18.9	18.2
Therapiemodule Therapieinhalte	6	6	16.2	18.2
Teamvariablen (Beziehungs-, Behand- lungsaspekte)	2	1	5.4	3.0
Patientenmilieu	2	1	5.4	3.0
Persönliche Anteile (Motivation, spezifische Fähigkeiten)	1	1	2.7	3.0
Gesamt-Nennungen	33	28		

Sie kritisieren fehlende räumliche Rückzugsmöglichkeiten (Mehrbettzimmer) und Wahrung der Intimsphäre. Das Therapieprogramm findet nicht nur Zustimmung, sondern auch Kritik. Sie fordern mehr Einzeltherapie, eine Verbesserung in der Medikamenteneinstellung, häufiger Sport und bessere Angebote in der AT. Einzelne hätten sich auch einen absehbaren Zeitrahmen ihres Aufenthaltes gewünscht. Eher selten nennen Probanden Teamvariablen (z. B. Vertrauen, Wohlwollen), Patientenmilieu (freundschaftliche Verbindungen) oder persönliche Anteile, die selbst als defizitär empfunden werden (z. B. Motivation, Offenheit).

Wieder deutlich mehr Nennungen finden sich zum Thema Schwierigkeiten in der Therapie (vgl. Tab. 5.31). Auch wenn einige Probanden das Patientenleben als hilfreich empfinden, haben andere gerade damit große Probleme. Sie können sich schlecht durchsetzen, empfinden z. T. Angst, haben Schwierigkeiten, in Kontakt zu kommen. Insbesondere der Bereich Konfliktmanagement wird als problematisch erlebt. Die räumliche Enge auf Station, das Fehlen von Rückzugsmöglichkeiten wird in diesem Bezug erneut als Schwierigkeit angegeben. Ein weiterer großer Bereich bezieht sich auf Maßnahmen, die die Selbstbestimmtheit u. U. stark einschränken (keine Lockerungen, Fixierungen / Isolation etc.). Häufig sind es gerade solche Aspekte der Stationsordnung, die kritisiert werden, aber auch die Fremdbestimmtheit allgemein. Sich unterzuordnen oder Konsequenzen für Regelverstöße zu tragen, ist für einige Probanden neu und schwierig. Das ist am Anfang einer Therapie besonders problematisch. Dabei kann der Kontakt zum

Team sowohl positiv als auch negativ empfunden werden. Einige erleben eine große Distanz, die es ihnen schwer macht, sich auf die Therapie einzulassen, manche fühlen sich ungerecht behandelt, empfinden insbesondere die Pflege als zu streng.

Tabelle 5.31: Therapiebewertung: Schwierigkeiten, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Was fanden Sie unangenehm, wo hatten Sie Schwierigkeiten?	Absolute Häufigkeit:		Gültige Prozent:	
	Alle Pbn.	bedingt entlassene Pbn.	Alle Pbn. (n = 37, Missing: 35)	bedingt entlassene Pbn. (n = 33)
Patientenmilieu (Sozialverhalten, Gruppenhierarchie)	9	8	24.3	24.2
Einschränkende Maßnahmen	7	7	18.9	21.2
Einhalten von Regeln & Stationsordnung	6	6	16.2	18.2
Therapiemodule (Inhalte, Setting)	6	5	16.2	15.1
Beginn der Therapie (Eingliederung)	5	5	13.5	15.1
Teamvariablen (Beziehungsungleichgewicht)	3	2	8.1	6.1
Infrastrukturelle Aspekte	3	2	8.1	6.1
Zwang	3	3	8.1	9.1
Stufenantrag / Forum (öffentliche Auseinandersetzung)	2	2	5.4	6.1
Offenheit & Ehrlichkeit (persönliche) Veränderung	1	0	2.7	0
Entlassphase	1	1	2.7	3.0
Abstinenz (Motivation, Transfer in Praxis)	1	0	2.7	0
Gesamt-Nennungen	48	42		

Schwierigkeiten mit dem Therapieprogramm beziehen sich auf den fehlenden zeitlichen Rahmen, aber auch auf Anforderungen in der AT oder BT. Bei Letzteren wird sowohl eine Über- als auch Unterforderung angesprochen. Einige Probanden erleben es als hilfreich, wenn sie eine gewisse Form von Druck bekommen. Andere wiederum haben große Probleme, mit dem Zwangscharakter einer Therapie im MRV umzugehen.

Deutlich weniger Angaben machen die Probanden bei der Frage nach Verbesserungsvorschlägen (vgl. Tab. 5.32). Sie nennen dabei am häufigsten Aspekte aus dem Bereich Therapieemodule bzw. Therapieinhalte (spezielle Gruppenangebote, geringere Anforderungen bei der Rückfallbearbeitung, schnelleres Voranschreiten im Stufenprogramm, berufliche Weiterqualifikation etc.). Im Einklang mit den bereits vorgestellten Nennungen fordern sie Verbesserungen im infrastrukturellen Bereich (Räumlichkeiten, Ausstattung etc.). Sie wünschen sich mehr Freiheit bzw. Lockerungen, z. B. um Außenkontakte besser pflegen zu können. Auch Beziehungsaspekte werden angesprochen: Quantitativ (mehr Gesprächskontakte) und qualitativ (Sympathie zwischen Bezugspflege und Patient, Sensibilität, Humanität). Im Bezug dazu stehen auch Forderungen nach mehr Homogenität. Patienten halten eine Trennung nach Straftaten (insbesondere Sexualstraftaten), Geschlecht, Diagnose etc. für sinnvoll, um einen besseren Kontakt unter den Patienten zu ermöglichen.

Tabelle 5.32: Therapiebewertung: Verbesserungsvorschläge, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Haben Sie Verbesserungsvorschläge?	Absolute Häufigkeit:		Gültige Prozent:	
	Alle Pbn.	bedingt entlassene Pbn.	Alle Pbn. (n = 37, Missing: 35)	bedingt entlassene Pbn. (n = 33)
Therapiemodule Therapieinhalte	6	6	16.2	18.1
Infrastrukturelle Aspekte	6	5	16.2	15.2
Mehr Freiheitsgrade	4	3	10.8	9.1
Verhältnis Team-Patient	2	2	5.4	6.1
Stationskonzeption (Homogenität)	2	1	5.4	3.0
Freizeitbereich (auf und außerhalb der Station)	2	2	5.4	6.1
Gesamt-Nennungen	22	19		

5.2 Messzeitpunkt 1 „Therapieabschluss“: § 64 StGB-Patienten

5.2.1 Anamnese

5.2.1.1 Biographie

(1) Geschlecht

In der Suchtstichprobe liegt der Frauenanteil bei 9.1 %. Die 60 weiblichen Probanden sind zu 86.7 % drogenabhängig, lediglich acht sind alkoholkrank.

Da der Anteil weiblicher Probanden unter 10 % liegt, wird in den folgenden Darstellungen überwiegend auf Differenzierungen verzichtet und weibliche Probanden in einer gemeinsamen Untersuchungsgruppe mit männlichen analysiert.

(2) Geburtsland

Suchtkranke (n = 662, Missing: 1) sind zu 69.6 % in Deutschland geboren und aufgewachsen. Bei den Probanden mit ausländischer Herkunft (n = 201) machen die, die in ehemaligen GUS-Staaten geboren sind, mit 67.7 % die größte Gruppe aus. Deutlich dahinter liegt der Anteil der Probanden aus dem sonstigen europäischen Ausland (21.9 %), aus der Türkei (5.5 %) und dem nichteuropäischen Ausland (5.1 %). 85.6 % der Migranten leben seit über vier Jahren in Deutschland.

Tabelle 5.33: Herkunftsland getrennt nach Diagnose, in Klammern (gültige) Prozent, § 64 StGB-Patienten (n = 662)

	Alkoholabhängige (%)	Drogenabhängige (%)	Gesamt (absolute Häufigkeiten)
Deutschland	171 (85.1)	289 (63)	460
Türkei	3 (1.5)	8 (1.7)	11
Ehem. GUS	17 (8.5)	119 (25.9)	136
Europ. Ausland	8 (4.0)	35 (7.6)	43
Nichteurop. Ausland	2 (1.0)	8 (1.7)	10
Gesamt	201 (100 %)	459 (100 %)	660 Missing: 2

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 33.925, df = 4, p = .000

Likelihood-Quotient: Wert 37.577, df = 4, p = .000

Anzahl der gültigen Fälle: 660. 2 Zellen (20 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

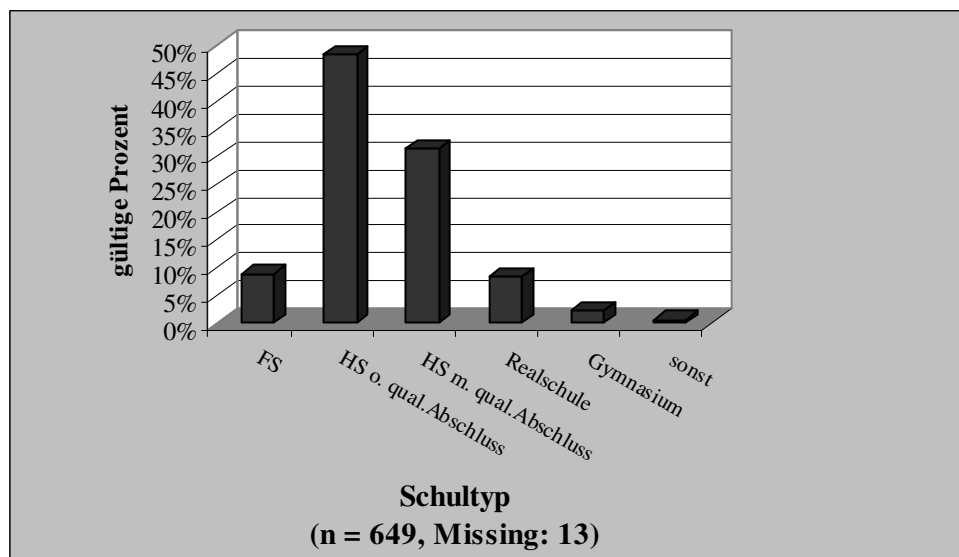
Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3.05.

Deutliche Unterschiede gibt es in der Verteilung der Herkunftsländer, wenn man die Suchtdiagnosen zu den beiden Hauptgruppen Alkohol und Drogen bzw. Medikamente zusammenfasst (vgl. Tab. 5.33).

In der gesamten Suchtstichprobe ist die Gruppe der Probanden aus den ehemaligen GUS-Staaten die größte Migrantengruppe; bei den Drogenabhängigen sind 70 % der 170 ausländischen Probanden aus ehemaligen GUS-Staaten. Dabei handelt es sich überwiegend um sog. Russlanddeutsche, deren Familien bereits seit vielen Generationen dort leben. Ihre Deutschkenntnisse sind häufig defizitär bis gar nicht vorhanden.

(3) Schul- und Berufsbildung

Die schulische Laufbahn weist ein geringes Bildungsniveau auf. Der Anteil der Probanden mit höherer Qualifikation liegt bei immerhin 10,7 % (vgl. Abb. 5.15). Vier Probanden werden unter der Kategorie „sonst“ subsumiert: Kein Abschluss bzw. weiterführende Schule im Ausland. 62,7 % der Alkoholabhängigen (n = 196) und damit überdurchschnittlich viele haben höchstens einen einfachen Hauptschulabschluss. Dagegen ist der Anteil an Probanden mit niedriger Schulbildung bei den Drogenabhängigen (n = 452) geringer: 54,9 %. Ihnen gelingt es etwas besser, einen qualifizierenden Hauptschulabschluss zu machen (32,7 % vs. 28,6 % bei Alkoholikern).



Anmerkung: FS = Förderschule, HS = Hauptschule m. bzw. o. qual. Abschluss = mit bzw. ohne qualifizierenden Abschluss.

Abbildung 5.15: Schulische Qualifikation in (gültigen) Prozent, § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Die berufliche Ausbildung spiegelt den geringen schulischen Qualifikationsgrad wieder: 38.4 % haben eine Ausbildung abgebrochen, 23.7 % haben nie eine begonnen. 36.2 % können sich beruflich qualifizieren, 33.4 % haben eine Lehre absolviert, je 1.4 % haben akademische Qualifizierungen bzw. mehrere Ausbildungsgänge abgeschlossen. Unter „sonst“ sind v. a. Probanden zu finden, die vor der Aufnahme in Ausbildung waren bzw. berufliche Lehrgänge besucht haben (n = 8).

Die Drogenabhängigen (n = 459) schneiden schlechter ab; in ihrer Gruppe liegt der Anteil Unqualifizierter bei 65.3 %. Bei Alkoholabhängigen (n = 199) sind 54.3 % ohne Ausbildung. Insbesondere der Abbrecheranteil ist bei Drogenabhängigen hoch: 41.6 % aller Probanden mit Drogensucht können keine Ausbildung erfolgreich abschließen.

(4) Arbeitssituation vor Aufnahme

Die Arbeitssituation vor Aufnahme bzw. Inhaftierung ist dem geringen Qualifizierungsniveau entsprechend (vgl. Tab. 5.34). In der Kategorie „sonst“ sind Probanden, häufig Frauen, mit beschützten Arbeitsplätzen, aber auch Betroffene ohne weitere berufliche Beschäftigung (z. B. Hausfrauen) zu finden.

Tabelle 5.34: Berufliche Situation vor Therapie / Haft, § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Beruf. Situation	Häufigkeiten	Gültige Prozent (n = 653)
Erwerbslos	462	70.8
Ausbildung	15	2.3
Berentung	4	.6
Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis	112	17.2
Selbständig	30	4.6
Minijob	15	2.3
Sonst	15	2.3
Missing	9	
Gesamt	662	

Bei Drogenabhängigen ist die berufliche Situation besonders prekär: Von 453 Probanden sind 76.4 % und damit überdurchschnittlich viele erwerbslos. Dagegen sind 31.1 % der Alkoholiker (n = 199) in einem regulären Arbeitsverhältnis bzw. selbständig. Dies gelingt nur 14.7 % der Drogenabhängigen. Hier spiegelt sich die deutlich schlechtere berufliche Qualifikation der Drogenabhängigen, aber vermutlich auch die höhere forensische Belastung wieder.

5.2.1.2 Klinische Anamnese

(1) Diagnose

Drogen- bzw. Medikamentenabhängige stellen die größte Diagnosegruppe bei den Suchtkranken: 68.6 % (n = 452). Alkoholkrank sind 200 der 662 (Missing: 3) Probanden. Die Hauptdiagnosen werden in Tabelle 5.35 differenziert aufgelistet.

Drogenabhängige haben v. a. einen polytropen Substanzgebrauch, der Anteil von Abhängigen mit nur einem Suchtstoff ist gering und am ehesten bei Heroinabhängigen zu finden. Um weitere Analysen zu erleichtern, werden die Probanden lediglich nach Suchtdiagnosen gruppiert, unabhängig davon, ob es sich um eine Haupt- oder Nebendiagnose handelt. Die Gruppe der Alkoholkranken umfasst demnach 202 Probanden, die der Drogenabhängigen 459 Probanden. Bei einem Probanden gelingt die Einteilung nicht, da von diesem weder eine Haupt- noch eine Nebendiagnose bekannt ist.

Tabelle 5.35: Hauptdiagnosen der Suchtprobanden, § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Diagnose (ICD-10, Kap. V F...)	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 659)
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	200	30.3
F10.1 (schädlicher Gebrauch)		4
F10.2 (Abhängigkeitssyndrom)		196
... durch Opioide (F11)	83	12.6
F11.2 (Abhängigkeitssyndrom)		83
... durch Cannabinoide (F12)	9	1.4
F12.1 (schädlicher Gebrauch)		4
F12.2 (Abhängigkeitssyndrom)		5
... durch Sedativa, Hypnotika (F13)	2	0.3
F13.2 (Abhängigkeitssyndrom)		2
... durch Kokain (F14)	11	1.7
F14.2 (Abhängigkeitssyndrom)		11
... durch andere Stimulanzien (F15)	12	1.8
F15.1 (schädlicher Gebrauch)		1
F15.2 (Abhängigkeitssyndrom)		11
... durch multiplen Substanzgebrauch (F19)	335	50.8
F19.1 (schädlicher Gebrauch)		5
F19.2 (Abhängigkeitssyndrom)		330
Schizophrenie (F20)	1	0.2
Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60)	5	0.8
F60.2 (dissoziale PS)		2
F60.3 (emotional instabile PS)		3
Hyperkinetische Störung (F90)	1	0.2
Missing	3	
Gesamt	662	

Tabelle 5.36: Zweitdiagnose, § 64 StGB-Patienten (n = 299)

D-Diagnose 1 (ICD-10, Kap. V F...)	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 296)
Nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (F06.9)	1	0.3
Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (F07.2)	3	1.0
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	29	9.8
... durch Opioide (F11)	4	1.4
... durch Cannabinoide (F12)	25	8.4
... durch Sedativa, Hypnotika (F13)	2	0.7
... durch Kokain (F14)	10	3.4
... durch andere Stimulanzen (F15)	4	1.4
... durch Halluzinogene (F16)	1	0.3
... durch flüchtige Lösungsmittel (F18)	1	0.3
... durch multiplen Substanzgebrauch (F19)	48	16.2
Schizophrenie (F20)	5	1.7
Schizotype Störung (F21)	3	1.0
Affektive Störungen (F30-39)	6	2.0
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-48)	3	1.0
Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60)	114	38.5
F60.0 (paranoide PS)		6
F60.1 (schizoide PS)		2
F60.2 (dissoziale PS)		47
F60.3 (emotional instabile PS)		25
F60.4 (histrionische PS)		8
F60.5 (anankastische PS)		1
F60.6 (ängstliche PS)		2
F60.7 (abhängige PS)		3
F60.8 (sonstige spezif. PS)		13
F60.9 (PS, nicht näher bezeichnet)		7
Kombinierte und andere PS (F61)	13	1.0
Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63)	2	0.7
Störungen der Sexualpräferenz (F65)	1	0.3
Leichte Intelligenzminderung (F70)	6	2.0
Hyperkinetische Störungen (F90)	11	3.7
Störungen des Sozialverhaltens (F91)	2	0.7
Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)	1	0.3
Ticstörungen (F95)	1	0.3
Missing	3	
Gesamt	299	

296 Probanden (44.9 %) bekommen ein zweite Diagnose (Tab. 5.36). Bei über 1/3 der Gesamtgruppe mit einer Zweitdiagnose wird eine spezifische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Davon sind 41 % als dissozial eingeordnet. Die andere große Diagnosegruppe, 41.9 % sind davon betroffen, umfasst weitere Substanzmittelabhängigkeiten; häufig handelt es sich um Alkohol, aber auch Drogenkonsum in multipler Gebrauchsform findet sich als Zweitdiagnose oft.

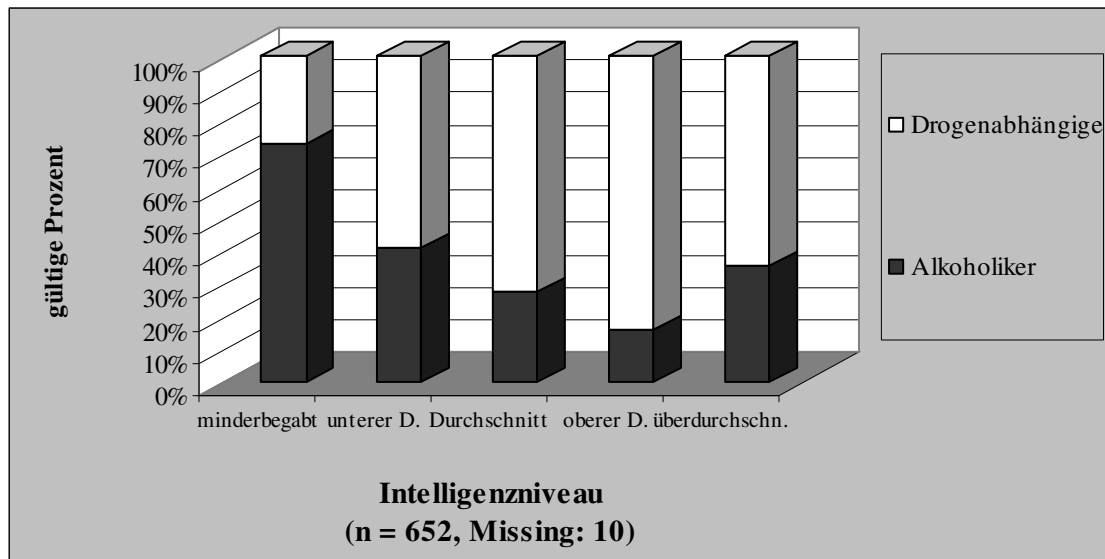
Alkohol- und Drogenabhängige unterscheiden sich signifikant bei den Zweitdiagnosen: 65.5 % der Patienten mit komorbiden Störungen sind primär drogenabhängig, bei Alkoholkranken werden seltener zusätzliche Diagnosen notiert (Chi-Quadrat-Test [5, n = 296] = 18.070, $p < .003$).

Weitere 62 Probanden (knapp 10 %) erhalten auch eine Drittdiagnose (Missing: 4). 35.5 % (n = 22) werden mit einer weiteren Suchtdiagnose belegt: Überwiegend Drogenkonsum verschiedener Substanzklassen. Eine zweite große Gruppe wird als persönlichkeitsgestört diagnostiziert (42 %), davon 11 Probanden als dissozial. Weitere Drittdiagnosen sind Schizophrenie, phobische Störung, leichte Intelligenzminderung und eine hyperkinetische Störung. Letztere bildet, summiert man Zweit- und Drittdiagnose, eine nicht zu unterschätzende Diagnosegruppe mit insgesamt 16 Probanden (4 % der 296 Probanden mit komorbiden Störungen).

(2) Intelligenzniveau

Über die Hälfte hat ein durchschnittliches Intelligenzniveau (58.1 %, n = 652, Missing: 10). Auch hier werden wie bei § 63 StGB-Probanden sowohl der klinische Eindruck wie auch Testbefunde gewertet und in fünf Kategorien dargestellt. Im unteren Durchschnittsbereich liegen 23.9 %, als minderbegabt werden 2.3 % eingestuft. Ein oberes Niveau erreichen 13.5 %, überdurchschnittlich sind 2.1 %.

Es scheint durchaus einen Unterschied zwischen Drogen- und Alkoholabhängigen in der Ausprägung der Intelligenzniveaus zu geben (vgl. Abb. 5.16). Während Alkoholiker (n = 198) zu 37.9 % in den beiden unteren Niveaunklassen zu finden sind, ist dies nur bei 21.1 % der Drogenabhängigen (n = 454) der Fall; bzw. 78.9 % der zweiten Gruppe haben eine mindestens durchschnittliche Intelligenz. Entsprechend deutlich werden die oberen Begabungsklassen von Drogenabhängigen bestimmt, während Alkoholiker v. a. in der untersten Klasse führend vertreten sind.



Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 31.900, df = 4, p = .000

Likelihood-Quotient: Wert 31.225, df = 4, p = .000

Anzahl der gültigen Fälle: 652. 2 Zellen (20 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4.25.

Abbildung 5.16: Intelligenzniveau gruppiert (gültige Prozent): Alkoholabhängige n= 198, Drogenabhängige n = 454, § 64 StGB-Patienten (n = 662)

(3) Erkrankungsalter

Das Erkrankungsalter liegt bei Suchtkranken zu 52.3 % unter 18 Jahren (Missing: 16). 37.3 % werden zwischen 18 und 25 Jahren suchtmittelabhängig. Im mittleren bzw. höheren Lebensalter kommt es kaum noch zu einer Ersterkrankung. Auch wenn immerhin 9.6 % der Alkoholiker (n = 197) zwischen 26 und 35 Jahren erkranken, unterscheiden sich die beiden Substanzklassen insgesamt kaum.

(5) Therapieerfahrung

Trotz des frühen Erkrankungsalters haben über 50 % der Patienten (Missing: 13) keine stationäre Vorbehandlung aufzuweisen. Es scheint sich aber eine gewisse Dichotomisierung abzuzeichnen: Keine bzw. mehr als eine Behandlung. Die beiden Suchtgruppen unterscheiden sich nicht (vgl. Tab. 5.37).

Tabelle 5.37: Stationäre Vorbehandlung, § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Stationäre Vorbe- handlung	Alkoholabhängige (%)	Drogenabhängige (%)	Gesamt (%)
Keine	110 (55)	237 (52.8)	347 (53.5)
Eine	36 (18)	73 (16.3)	109 (16.8)
Mehrmals	54 (27)	139 (31)	193 (29.7)
Gesamt	200 (100 %)	449 (100 %)	649 (100 %) Missing: 13

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 1.106, df = 2, p = .575

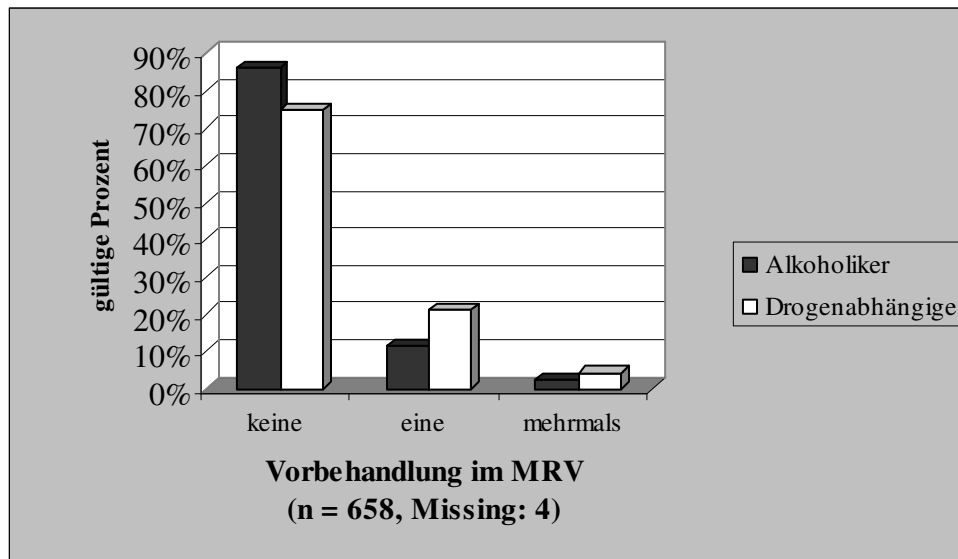
Likelihood-Quotient: Wert 1.115, df = 2, p = .573

Anzahl der gültigen Fälle: 649. 0 Zellen (0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 33.59.

Im Maßregelvollzug war bis zur aktuellen Einweisung kaum ein Patient: 78.1 % der untersuchten 658 Probanden sind nicht forensisch voruntergebracht. Immerhin 120 Probanden waren bereits einmal im Maßregelvollzug, allerdings sind hier auch Probanden zu finden, bei denen die Unterbringung zum Zwecke eines Zwischenvollzugs (einer Haftstrafe aus einem anderen oder auch dem aktuellen Verfahren) unterbrochen wurde. Diese beginnen in der Regel die Therapie nach ihrer Wiederaufnahme zwar nicht von vorne; dennoch hinterlassen die bereits gemachten Erfahrungen in der Maßregelvollzugstherapie vor dem Zwischenvollzug bzw. die Hafterlebnisse der jüngeren Vergangenheit ihre Spuren, so dass es in der Praxis durchaus relevant ist, ob ein Proband maßregelvollzugserfahren ist oder nicht, wenn auch die formalen Hintergründe für den Aufenthalt unterschiedlich sein mögen. Es lohnt sich somit, dieses Item hier aufzunehmen.

Deutlich mehr Drogenabhängige als Alkoholiker machen vor der aktuellen Therapie Erfahrungen im Maßregelvollzug: 25.4 % vs. 13.9 % (vgl. Abb. 5.17). Es lässt sich vermuten, dass hierunter viele sind, deren Therapie wegen Aussichtslosigkeit abgebrochen wurde. Dazu gibt das nächste Item Aufschluss, das die vorzeitigen Therapieabbrüchen erfragt; allerdings werden hier alle Therapieversuche subsumiert, unabhängig ob im allgemeinspsychiatrischen (Suchtentwöhnung) oder forensischen Setting.



Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 10.737, df = 2, p = .005

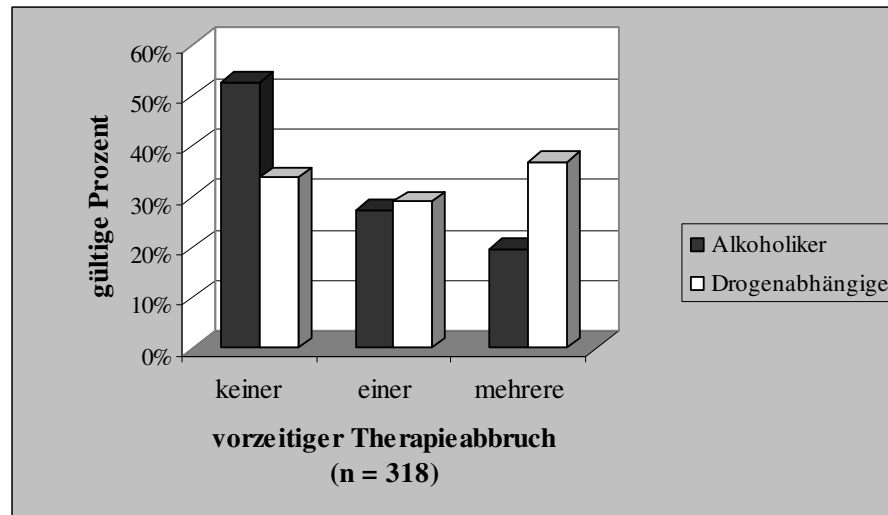
Likelihood-Quotient: Wert 11.447, df = 2, p = .003

Anzahl der gültigen Fälle: 658. 0 Zellen (0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 7.33.

Abbildung 5.17: Vorbehandlung im Maßregelvollzug gruppiert (gültige Prozent): Alkoholabhängige n = 201; Drogenabhängige n = 457, § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Nur 39.3 % derer, die frühere Therapieversuche unternommen haben (n = 318), können diese auch regulär beenden; d. h. 28.6 % haben einen, 32.1 % mehrere erfolglose Therapieversuche hinter sich (vgl. Abb. 5.18). Dabei sind bei mehr Drogen- als Alkoholabhängigen die Therapieversuche negativ verlaufen. Letztere können eine zumindest 50 %ige Erfolgsquote aufweisen, dagegen beenden nur 1/3 der Drogenabhängigen stationäre Aufenthalte regulär.



Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 11.924, df = 2, p = .003

Likelihood-Quotient: Wert 12.202, df = 2, p = .002

Anzahl der gültigen Fälle: 318. 0 Zellen (0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 26.04.

Abbildung 5.18: vorzeitiger Therapieabbruch gruppiert (gültige Prozent): Alkoholabhängige n = 91; Drogenabhängige n = 227, § 64 StGB-Patienten (n = 318)

(6) Abstinenz

Beinahe 30 % der Probanden (n = 662, Missing: 18) waren in ihrem Suchtleben noch nie für längere Zeit abstinent. Immerhin 16 % lebten bis zu einer Woche ohne Rückfall, etwa 20 % schafften dies für mehrere Wochen und ebenfalls 20 % für mehrere Monate. Ein Jahr Abstinenz erreichten nur 4 %, immerhin 14 % konnten über ein Jahr ohne ihr Suchtmittel auskommen. Die Diagnosengruppen unterscheiden sich nicht signifikant, auch wenn es prozentual mehr Alkoholikern gelingt, ihren Abstinenzversuch über ein Jahr hinaus zu halten (18.3 % vs. 12.1 % der Drogenabhängigen).

5.2.1.3 Forensische Anamnese

(1) Anlassdelikt

Zur Erfassung der Anlassdelikte wird das gleiche Kodierungsschema wie bei den § 63er-Patienten verwendet (vgl. Tab. 5.38). Es sind wieder Mehrfachnennungen möglich, um die gesamte Deliktbreite abbilden zu können.

Tabelle 5.38: Anlassdelikte, § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Delikt	Häufigkeiten	Gültige Prozent (n = 659)
BtMG-Verstöße	314	47.6
Betrug / Diebstahl	168	25.5
Körperverletzung	140	21.2
Verkehrsdelikt	103	15.6
Raub / räuberische Erpressung	58	8.8
Tötungsdelikt	12	1.8
Sexualdelikt	11	1.7
Brandstiftung	8	1.2
Sonst	80	12.1
<i>Missing Probanden</i>	3	
Gesamt: Deliktanzahl / Probanden	897 / 662	

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Insgesamt werden 894 Delikte angegeben. Fast die Hälfte der Probanden werden wegen BtMG-Verstoß verurteilt; Betrug / Diebstahl und Körperverletzung sind die Delikte, die mit deutlichem Abstand folgen. Unter sonstigen Straftaten sind v. a. andere Gewaltdelikte wie Bedrohung, Nötigung etc., weitere Eigentumsdelikte wie Urkundenfälschung, Hehlerei etc. und Delikte mit Aggressionscharakter wie Sachbeschädigung, Hausfriedensbruch etc. subsumiert. Weniger schwerwiegende Delikte wie Falschaussage, Verstöße gegen das Waffengesetz sowie Weisungsverstöße werden seltener aufgeführt.

Das Deliktmuster bei Suchtpatienten unterscheidet sich klar von dem der psychiatrischen Patienten, bei denen Gewaltdelikte die Hälfte der Unterbringungsdelikte ausmachen. Bei § 64er-Patienten dagegen liegt der Anteil von Gewaltdelikten bei 1/4. Eigentumsdelikte (Diebstahl, Raub etc.) sind mit 27.6 % der Deliktstichprobe (n = 897) stark vertreten und an der Spitze der Anlassdelikte liegen BtMG-Verstöße.

Polytrope Delinquenz, gemeint sind unterschiedliche Straftaten, die zur Unterbringung geführt haben, liegt bei beinahe 30 % vor; d. h. 21.1 % haben zwei Anlassdelikte, 5.8 % drei, 0.8 % vier und ein Proband sechs Index-Delikte.

Auch in dieser Stichprobe werden die Probanden nach Delikttypen unterteilt (vgl. Tab. 5.39). Die Einteilung erfolgt nach dem gleichen Muster wie bei psychiatrischen

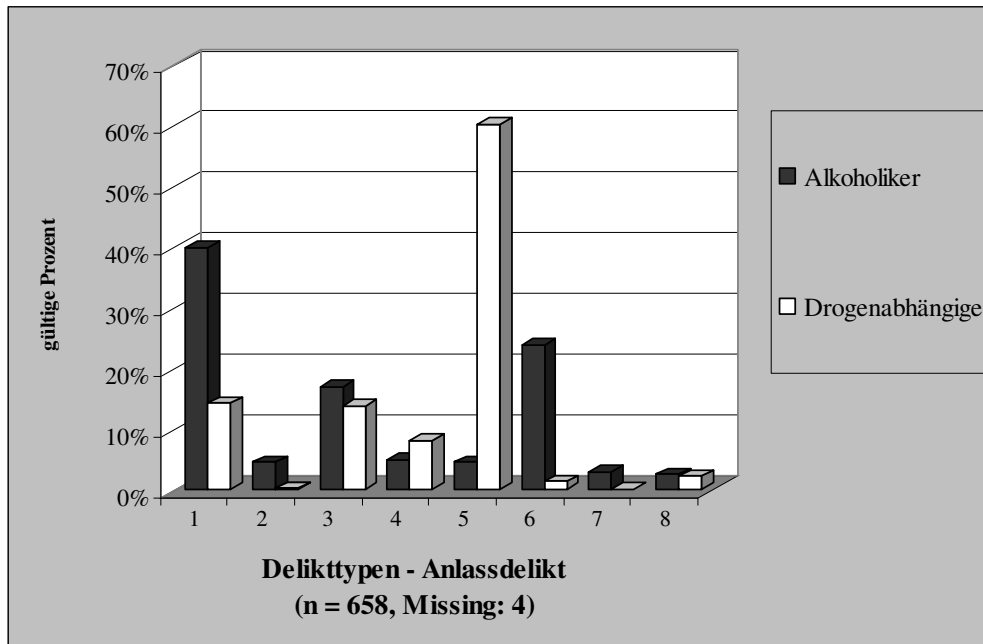
Patienten (vgl. 5.1.1.3): Bestimmend ist bei mehreren Index-Delikten das jeweils schwerste Delikt.

Tabelle 5.39: Anlassdelikte gruppiert, § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Deliktgruppe	Häufigkeiten	Gültige Prozent (n = 659)
BtMG	285	43.2
Gewalt	145	22
Eigentumsdelinquenz ohne Gewalt	97	14.7
Verkehr	54	8.2
Eigentumsdelinquenz mit Gewalt	47	7.1
Sexualdelinquenz	10	1.5
Brandstiftung	6	0.9
sonst	15	2.3
<i>Missing</i>	3	
Gesamt	662	

Beinahe die Hälfte sind Probanden, die mit dem Betäubungsmittelgesetz in Konflikt kommen. Immerhin 22 % müssen primär als Gewalttäter bezeichnet werden. Die dritte größere Gruppe sind gewaltlose Eigentumsdelinquente, meist handelt es sich um Diebstahl. Es bestätigt sich bereits genannter Eindruck, dass es sich bei Suchtkranken um eine Gruppe handelt, die in der Gesamtschau – verglichen mit § 63er-Patienten – mit weniger schwerwiegenden Straftaten auftritt, insbesondere seltener mit Gewaltdelinquenz.

In Abbildung 5.19 wird dargestellt, wie sich Alkoholranke und Drogen- bzw. Medikamentenabhängige in ihrer Deliktypverteilung unterscheiden. Drei Säulen stechen besonders hervor. Zum einen fallen Alkoholranke zu 39.8 % als Gewalttäter auf, bei Drogenabhängigen sind dies 14.2 %. Die zweite Hauptgruppe bei Alkoholkranken sind Probanden, die im Straßenverkehr straffällig werden (23.9 %). Dieser Deliktyp ist bei Drogenabhängigen nur mit sechs Probanden vertreten.



Anmerkung: 1 = Gewaltdelikt, 2 = Sexualdelikt, 3 = Eigentumsdelikt ohne Gewalt, 4 = Eigentumsdelikt mit Gewalt, 5 = BtM-Delikt, 6 = Verkehrsdelikt, 7 = Brandstiftung, 8 = sonst.

Abbildung 5.19: Verteilung der Delikttypen (Anlassdelikt) in (gültigen) Prozent, Alkoholiker n = 201, Drogenabhängige n = 457; § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Ebenfalls stark besetzt ist die Gruppe alkoholkranker Eigentumsdelinquenten ohne Gewalt (16.9 %). 13.8% der Drogenabhängigen fallen ebenso unter diesen Delikttyp. Desweiteren fällt bei Alkoholkranken auf, dass diese 90 % der 10 Sexualdelinquenten stellen. Drogenabhängige dagegen sind zu 60 % BtM-Straftäter; sie besetzen damit 96.8 % dieser Deliktgruppe (insgesamt 275 von 284 Probanden). Zwar lässt sich aufgrund der geringen erwarteten Häufigkeit in einzelnen Zellen keine statistische Absicherung vornehmen, dennoch kann zusammengefasst werden, dass Drogenabhängige v. a. BtMG-Verstößler sind und mit einer etwas geringeren Deliktschwere (weniger Gewalt- und Sexualdelinquente) imponieren. Alkoholiker dagegen weisen eine größere Delinquenzbreite auf, wobei der Gewalttäteranteil – berücksichtigt man zusätzlich auch Sexualstraftäter – fast die Hälfte der Delikttypen ausmacht.

(2) Freiheitsstrafe

Die Höhe der Freiheitsstrafe beim Anlassdelikt gibt weitere Auskunft über die Deliktschwere. Nur fünf Probanden bleiben ohne Freiheitsstrafe, d. h. eine Schuldunfähigkeit wird angenommen. Es kristallisieren sich drei Hauptgruppen heraus: geringere Haftstra-

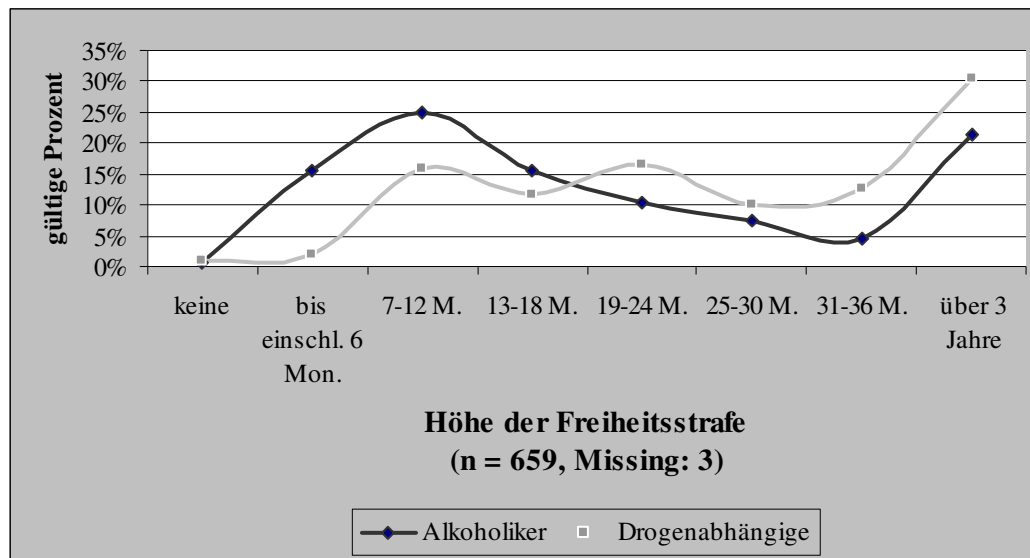
fen bis zu einem Jahr, eineinhalb bis zwei Jahre und langjährige Freiheitsstrafen (vgl. Tab. 5.40).

Tabelle 5.40: Freiheitsstrafe beim Index-Delikt, § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Höhe der Freiheitsstrafe	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 660)	Kumulierte Prozent
Keine	5	0.8	0.8
Bis einschließlich 6 Monate	40	6.1	6.8
7 – 12 Monate	122	18.5	25.3
13 – 18 Monate	85	12.8	38.2
19 – 24 Monate	97	14.7	52.9
25 – 30 Monate	61	9.2	62.1
31 – 36 Monate	67	10.2	72.3
Über 3 Jahre	183	27.7	100.0
<i>Missing</i>	2		
Gesamt	662		

Untersucht man nur die beiden großen Gruppen Gewalt- (n = 145) und BtM-Täter (n = 285), dann unterscheiden sich beide signifikant: Chi-Quadrat (7, N = 430) = 38.536, $p < .001$. Während 33.1 % der Gewalttäter zu keiner bzw. zu einer Freiheitsstrafe unter einem Jahr verurteilt werden, bleiben nur 11 % der BtM-Täter unter der Jahresgrenze. Dagegen müssen 51.9 % der letzten Gruppe mit Freiheitsstrafen über 31 Monaten zu-recht kommen.

Die Suchtgruppen unterscheiden sich ebenfalls klar in der Höhe der verhängten Freiheitsstrafen (vgl. Abb. 5.20). Bei Alkoholikern – sie sind häufig als Gewalttäter verurteilt – sind die verhängten Haftstrafen kürzer als bei Drogenabhängigen. Fast 1/3 der Drogenabhängigen müssen mehrjährige Haftstrafen verbüßen. 40.3 % der Alkoholkranken bekommen dagegen geringere Freiheitsstrafen unter einem Jahr ausgesprochen. Dies ist nur bei 17.7 % der Drogenabhängigen der Fall. Hier zeigt sich der Zusammenhang zwischen Diagnosegruppe, Anlasstat und Sanktionierung.



Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 67.551, df = 7, p = .000

Likelihood-Quotient: Wert 65.022, df = 7, p = .000

Anzahl der gültigen Fälle: 659. 2 Zellen (12.5 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1.53.

Abbildung 5.20: Freiheitsstrafe gruppiert in (gültigen) Prozent, Alkoholiker n= 201, Drogenabhängige n = 458; § 64 StGB-Patienten (n = 662)

(3) Zeit in Haft vor Therapieantritt

Fast die Hälfte der Probanden (Missing: 10; bei sechs weiteren Probanden, von denen fünf keine Freiheitsstrafe bekommen haben, entfällt dieses Item) sind vor der Therapie nicht oder nur kurz in Haft; d. h. sie haben ihre Haftstrafe bei Therapieantritt nicht, auch nicht anteilig, verbüßt. 18.4 % waren ein halbes Jahr inhaftiert und 15.5 % bis zu einem Jahr. 118 Probanden (18.3 %) waren über einem Jahr in Haft, bevor sie ihre Therapie antreten.

(4) Strafregistrauszug

Suchtkranke sind zu 94.5 % (n = 618 Probanden, Missing: 8) vorbestraft. Die beiden Suchtgruppen unterscheiden sich dabei nicht nennenswert.

Die Strafregistrauszüge liegen von 623 Probanden vor. Bei 39 Probanden (5.9 %) kann der Interviewer zum Datenerhebungszeitpunkt keine Angaben dazu machen. Ohne Eintragung bleiben bis zum aktuellen Verfahren 38 (5.7 %). Die größte Gruppe

(38.2 %) hat ein bis fünf Strafregistereinträge, immerhin 29.8 % sechs bis zehn. Danach fällt die Kurve ab: 13.1 % haben 11 bis 15 Eintragungen, 5.3 % 16 bis 20 und nur 13 Probanden sind über 20mal strafrechtlich belangt worden. Die Suchtgruppen unterscheiden sich in ihrer Vorstrafenbelastung (vgl. Tab. 5.41).

Tabelle 5.41: Strafregistrauszüge getrennt nach Suchtgruppen, § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Strafregistrauszug	Alkoholabhängige (%)	Drogenabhängige (%)	Gesamt (absolute Häufigkeiten)
Unbekannt	11 (5.4)	27 (5.9)	38
Keine Eintragung	7 (3.5)	31 (6.8)	38
1 – 5 E.	68 (33.7)	185 (40.3)	253
6 – 10 E.	49 (24.3)	148 (32.2)	197
11 – 15 E.	38 (18.8)	49 (10.7)	87
16 – 20 E.	22 (10.9)	13 (2.8)	35
Über 20 E.	7 (3.5)	6 (1.3)	13
Gesamt	202 (100 %)	459 (100 %)	661 Missing: 1

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 34.886, df = 6, p = .000

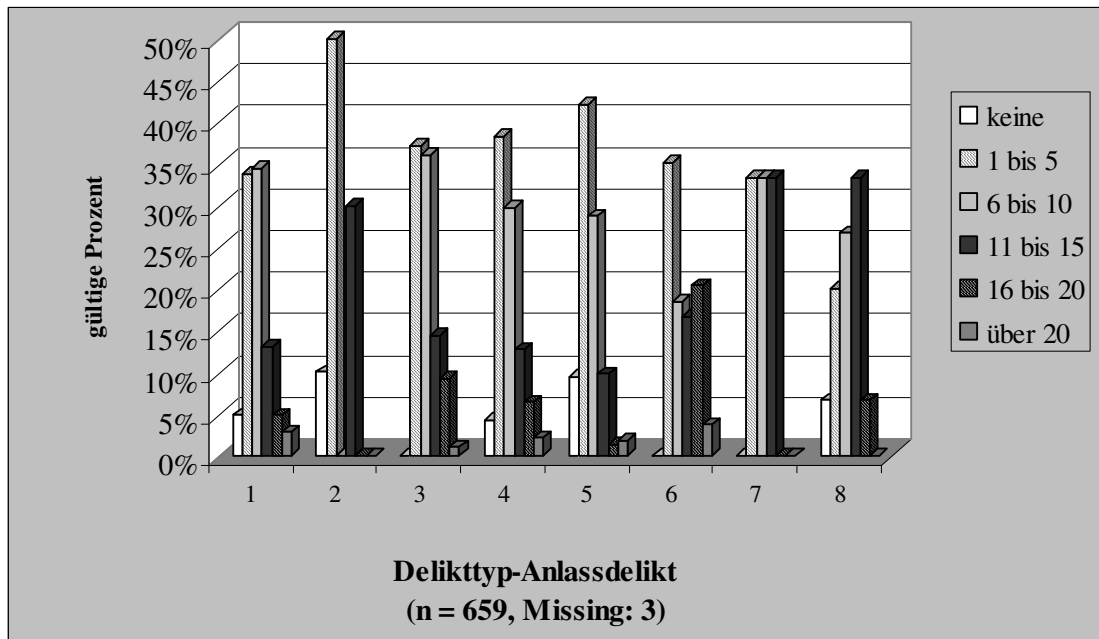
Likelihood-Quotient: Wert 32.843, df = 6, p = .000

Anzahl der gültigen Fälle: 661. 1 Zelle (7.1 %) hat eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3.97.

Drogenabhängige sind häufiger Ersttäter, wenn sie in den Maßregelvollzug kommen, allerdings nur bzgl. des behördlich erfassten Delinquenzverhaltens. Gerade bei Patienten mit Migrationshintergrund – die in der Drogengruppe deutlich stärker vertreten sind, können nicht immer Angaben über die forensische Vorgeschichte gemacht werden. Auch sind die meist jüngeren Drogenabhängigen bei ihren ersten kriminellen Handlungen oft strafunmündig bzw. Eintragungen im Erziehungsregister werden hier nicht mehr erfasst. Trotz dieser eingeschränkten Aussagekraft dieses Items muss festgehalten werden, dass 1/3 der Alkoholkranken 11 und mehr Eintragungen aufweisen, während dies nur bei 15 % der Drogenabhängigen der Fall ist.

Auch wenn nicht statistisch abgesichert, kann man zudem erkennen, dass insbesondere Sexualstraftäter mit wenigen Vorstrafen imponieren, ebenso BtM-Straftäter (vgl. Abb. 5.21).



Anmerkung: 1 = Gewaltdelikt, 2 = Sexualdelikt, 3 = Eigentumsdelikt ohne Gewalt, 4 = Eigentumsdelikt mit Gewalt, 5 = BtM-Delikt, 6 = Verkehrsdelikt, 7 = Brandstiftung, 8 = sonst.

Abbildung 5.21: Eintragungen im Strafregisterauszug in (gültigen) Prozent, § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Die Vorstrafenbelastung ist neben dem sonstigen Delikttyp insbesondere bei Brandstiftern und Verkehrsstraftätern hoch. Gewalttäter verteilen sich beinahe zu gleichen Anteilen auf die geringen (ein bis fünf) bzw. unteren (sechs bis zehn Eintragungen) Klassen. Allerdings fallen sie – wie auch die bereits erwähnten Verkehrstraftäter – am deutlichsten in der höchsten Belastungsklasse (über 20 Eintragungen) auf. Gewalttätige Straftäter scheinen somit eine heterogene Gruppe bzgl. der Strafregisterauszüge zu sein.

(5) Art der Vordelinquenz

Von 612 Probanden liegen Angaben zur Art der Vordelinquenz vor (vgl. Tab. 5.42). Bei acht Probanden fehlen entsprechende Angaben. 36 Probanden sind nicht vorbestraft, daher entfällt bei ihnen dieses Item. Von sechs Probanden ist zwar bekannt, dass sie strafrechtlich belastet sind, über die Deliktarten liegen allerdings keine Informationen vor. Im Vergleich zu den Anlassdelikten führen nun die Eigentums- und Verkehrsdelikte. BtMG-Verstöße und auch Körperverletzungen kommen in der Gesamtaufzählung der Vordelikte auf den folgenden Plätzen.

Tabelle 5.42: Vordelinquenz, § 64 StGB-Patienten (n = 626)

	Häufigkeiten	Gültige Prozent (n = 612)
Betrug / Diebstahl	424	69.2
Verkehrsdelikt	349	56.9
BtMG-Verstöße	335	54.6
Körperverletzung	278	45.4
Raub / räuberische Erpressung	89	14.5
Sexualdelikt	17	2.8
Tötungsdelikt	8	1.3
Brandstiftung	7	1.1
Sonst	196	32
<i>Missing Probanden</i>	14	
Gesamt: Deliktanzahl / Probanden	1 703 / 626	

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 5.43 schlüsselt die unter „sonst“ subsumierten Straftaten auf. 2/3 der weiteren Delikte fallen in die Gewaltrubrik.

Tabelle 5.43: Vordelikte „sonst“ (n = 196), § 64 StGB-Patienten (n = 626)

	Häufigkeiten	Gültige Prozent (n = 196 Deliktnennungen)
Aggr. Verhalten	91	46.4
Andere Eigentumsdelikte	58	29.6
Andere Gewaltdelikte	43	21.9
Verstoß gegen das Waffengesetz	24	12.2
Gesamt: Deliktanzahl / Probanden	196 / 626	

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

In der Auflistung der Vordelikte liegt der Anteil von Gewaltdelikten bei 24.7 %; bzw. es sind 68.5 % der 612 Probanden, von denen Angaben zur Vordelinquenz vorliegen und die u. a. mit aggressiven Delikten auffällig geworden.

Tabelle 5.44 gibt die Verteilung der Vordelikte in den beiden Diagnosegruppen wieder. Die Gruppen unterscheiden sich deutlich in der Anzahl von Körperverletzungen, BtMG-Verstößen und Verkehrsdelikten; etwas mehr Alkoholabhängige sind zudem mit einem Sexualdelikt aufgefallen, während Drogenabhängige stärker bei Eigentumsdelikten vertreten sind. Diese Verteilung ähnelt klar der Rangreihe der Index-Delikte; d. h. die Diagnosegruppen zeigen sowohl in der forensischen Vorgeschichte wie auch bei den

der Unterbringung zugrunde liegenden Straftaten charakteristische Muster des Delinquenzverhaltens.

Tabelle 5.44: Vordelikte der Diagnosegruppen, § 64 StGB-Patienten (n = 626)

Vordelikte	Alkoholabhängige in %	Drogenabhängige in %	Gesamt in % (n = 611)	Signifi- kanz
Betrug / Diebstahl	63.9	71.9	69.4	*
Verkehr	75.9	48.6	57.1	***
BtMG	10.5	74.8	54.7	***
Körperver- letzung	58.6	39.5	45.5	***
Sonst	36.1	30.2	32.1	n.s.
Raub / räuber. Erpressung	15.2	14.3	14.6	n.s.
Sexualdelikt	5.2	1.7	2.8	*
Tötung	2.1	1	1.3	-
Brandstiftung	3.7	0	1.1	-
Gesamt	191 (100 %)	420 (100 %)	611 Missing: 15	

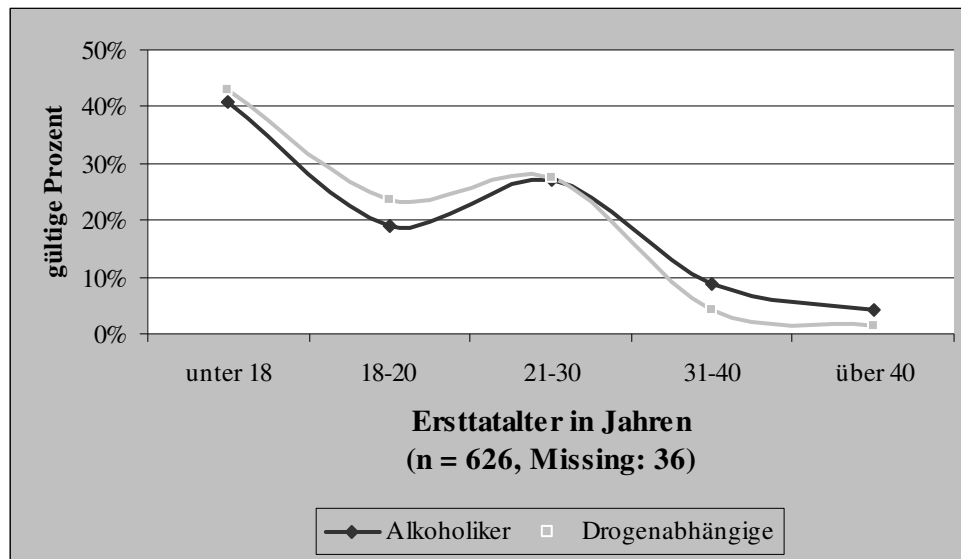
Anmerkung: der statistische Zusammenhang wurde getrennt nach den jeweiligen Vordelikten jeweils mit dem Chi-Quadrat-Test ermittelt:

n.s. = nicht signifikant; * < .05; ** < .01; *** < .001; - keine statistische Aussage möglich.

(6) Alter bei 1. Straftat

Das Ersttatalter liegt bei 42.4 % (Missing: 35) unter 18 Jahren. 22.2 % der 627 Probanden sind 18 bis 20 Jahre, 27.4 % 21 bis 30 Jahre alt. Danach fällt die Kurve ab: 5.7 % sind 31 bis 40, 2.2 % über 40 Jahre alt.

Die getrennte Darstellung der Ersttatalterkurven beider Diagnosegruppen zeigt signifikante Unterschiede in der Altersverteilung der beiden Hauptsuchtgruppen (vgl. Abb. 5.22). Drogenabhängige sind etwas jünger als Alkoholiker: 66.7 % der drogenabhängigen Probanden sind bis 20 Jahre alt, während dies nur bei 59.6 % der Alkoholkranken der Fall ist. Bei letzteren werden 13.1 % erst im Alter von über 31 Jahren strafrechtlich auffällig.



Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 10.971, df = 4, p = .027

Likelihood-Quotient: Wert 10.228, df = 4, p = .037

Anzahl der gültigen Fälle: 626. 1 Zelle (10.0 %) hat eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4.27.

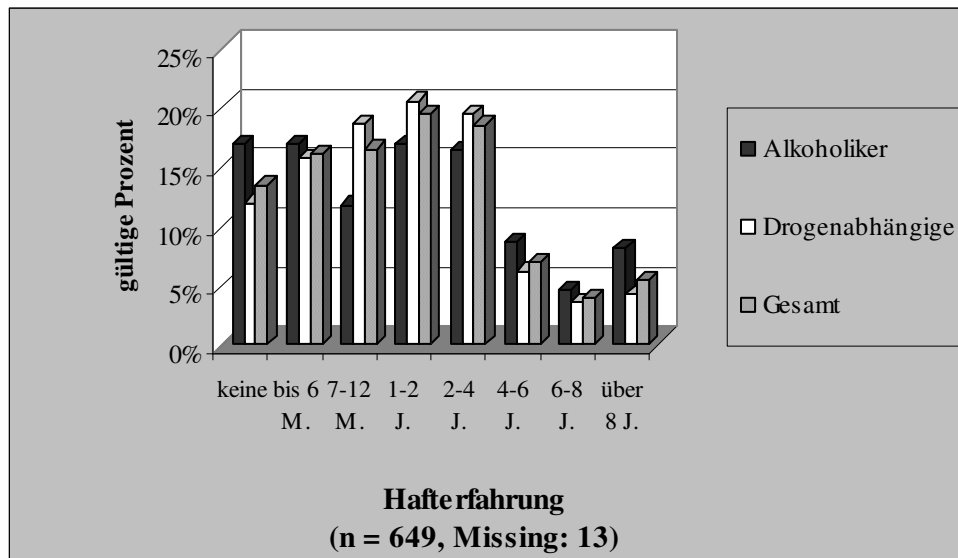
Abbildung 5.22: Ersttatalalter, Alkoholiker n = 191, Drogenabhängige n = 435; § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Eine Differenzierung nach Delikttypen beim Anlassdelikt zeigt, dass insbesondere Gewalttäter (zu 47.5 %), Eigentumsdelinquente mit bzw. ohne Gewalt (zu 56.5 bzw. 47.3 %), Verkehrsdelinquente (zu 41.2 %) und die unter „sonst“ Fallenden (zu 50 %) erstmalig im jugendlichen Alter kriminell werden. Dagegen scheinen Sexualstraftäter etwas älter zu sein: 44.4 % sind bei ihrer ersten Tat – unabhängig von der Art des Erstdeliktes – 21 bis 30 Jahre alt. Brandstifter werden etwas mehr im mittleren Erwachsenenalter straffällig (1/3 ab 31 Jahre). BtM-Täter verteilen sich breiter auf alle Altersstufen mit Ausnahme der letzten beiden (ab 31 Jahre), bei denen wie in allen anderen Delikttypklassen nur noch vereinzelt Erststraftaten vorkommen. Eine statistische Absicherung kann aufgrund der geringen Besetzung in einzelnen Zellen nicht vorgenommen werden.

(7) Hafterfahrung

Lediglich 13.4 % haben bisher keine Hafterfahrung – weder Straf- noch U-Haft. 37.5 % der 563 Probanden mit Hafterfahrung (Missing: 12) sind in der Summe bis zu einem

Jahr inhaftiert, weitere 43.9 % haben mehrjährige Haftzeiten (bis zu vier Jahren) und immerhin 12.4 % sind über vier bis acht Jahre im Gefängnis. 35 Probanden (6.2 %) sind sehr lange inhaftiert (über acht Jahre).



Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 13.721, df = 7, p = .056

Likelihood-Quotient: Wert 13.575, df = 7, p = .059

Anzahl der gültigen Fälle: 649. 0 Zellen (0.0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 7.55.

Abbildung 5.23: Hafterfahrung in (gültigen) Prozent, Alkoholiker n = 196, Drogenabhängige n = 453, Gesamt n = 649; § 64 StGB-Patienten (n = 662)

In Abbildung 5.23 wird gezeigt, wie sich die beiden Hauptdiagnosegruppen im Vergleich mit der Gesamtstichprobe unterscheiden. Diese Unterschiede sind allerdings nicht statistisch signifikant. Es lassen sich dennoch Tendenzen ablesen: Drogenabhängige sind verstärkt in den mittleren Hafterfahrungskategorien vertreten, während Alkoholiker überdurchschnittlich häufig einerseits keine oder sehr kurze, andererseits langjährige Haftzeiten aufweisen.

Eine differenzierte Darstellung nach Anlassdelikttyp macht deutlich, dass v. a. Brandstifter (33.3 % von sechs Probanden) und Verkehrsstraftäter keine Hafterfahrung haben (20.8 % von 53 Probanden). Letztere scheinen aber eine heterogene Gruppe zu bilden, denn sie haben zusammen mit Gewalttätern den größten Anteil an Hochstrafhaftbelasteten (7.5 % von 53 Probanden bzw. 7.9 % von 139 Probanden, in der Ge-

samtsstichprobe 5.4 %). BtMler, eine weitere große Typengruppe, verteilen sich eher auf geringere Hafterfahrungsklassen: Über 50 % der 283 Probanden haben in der Summe mehrere Monate bis zwei Jahre in Haft verbracht. Die Ergebnisse sind nur mit Vorsicht zu interpretieren, da aufgrund der niedrigen erwarteten Häufigkeit in 48.4 % der Zellen keine statistische Absicherung vorgenommen werden kann.

Die Hafterfahrung spiegelt insofern die Vorstrafenbelastung wieder, als dass Tätergruppen mit keinen oder wenigen BZR-Einträgen (wie Sexualstraftäter oder auch BtMler) im Vergleich mit anderen eher geringere Haftzeiten haben. Nicht unbedingt im Gegensatz dazu steht das Ergebnis, dass Verkehrsstraftäter und Brandstifter zwar hohe Anteile in der Gruppe der Nichtinhaftierten haben, aber dennoch stark strafrechtlich vorbelastet sind. Hier greift die unterschiedliche Sanktionierung der Straftaten; d. h. es werden in diesen Fällen wohl eher ambulante Sanktionen ausgesprochen.

5.2.1.4 Zusammenfassung Anamnese

Die Stichprobe der gemäß § 64 StGB-Untergebrachten wird dominiert von männlichen Drogenabhängigen. Auch in der Strafvollzugsstatistik wird eine höhere Quote von Untergebrachten ohne Trunksucht ermittelt, in Bayern liegt sie bei 61 % (Statistisches Bundesamt, 2005). Allerdings unterscheidet sich in diesem Punkt die vorliegende Stichprobe von anderen Katamnese Studien, in denen meist Alkoholiker dominieren (Bischoff-Mews, 1998; Gerl, 2000; Koch, 1988). Frauen, häufig ebenfalls drogenabhängig, stellen nur 10 % der Untersuchungsgruppe. Fast 70 % der Probanden leiden unter einer Drogen- bzw. Medikamentenabhängigkeit meist in multipler Konsumform; dies steht wiederum im Einklang mit anderen Stichproben (Seifert & Leygraf, 1999). Etwa die Hälfte erhalten eine zweite, gut 10 % auch eine dritte Diagnose. Dabei dominieren weitere Suchtdiagnosen und Persönlichkeitsstörungen, oft handelt es sich dabei um die dissoziale Persönlichkeitsstörung. Dies entspricht dem aus anderen Studien bekannten Bild forensischer Suchtpatienten (Bischoff-Mews, 1998; Gerl, 2000). Drogenabhängige sind eher von komorbiden Störungen betroffen als Alkoholiker.

Die Patienten erkranken meist im jugendlichen Alter, haben trotz dieses frühen Krankheitsbeginns zu 50 % keine stationären Therapieversuche unternommen. Auch sind die meisten zum ersten Mal strafrechtlich untergebracht. Ähnlich niedrig ist der Anteil an Wiederholungs- oder Widerrufsfällen in der bundesweiten Statistik aus dem Jahr 2004: 2 bzw. 0.8 % (Statistisches Bundesamt, 2005). 1/3 der Probanden haben es seit Suchtmittelkonsumbeginn nie geschafft, abstinent zu leben. Die gemachten Thera-

pieerfahrungen sind eher negativ, da über 60 % keine der begonnenen Therapien regulär beenden konnten. Im Diagnosenvergleich schneiden Alkoholiker deutlich besser ab: Während nur 1/3 der Drogenabhängigen eine Therapie abschließen kann, gelingt dies immerhin 50 % der Alkoholkranken. Diese chronifizierten Krankheitsbilder bei gleichzeitig seltenen, eher gescheiterten Therapieversuchen finden sich auch in anderen Studien (Gerl, 2000; Koch, 1988).

Schalast (2000) differenziert drei § 64 StGB-Patienten-Cluster. Typ A ist am häufigsten vertreten, auch die Probanden in der vorliegenden Studie entsprechen zum Großteil diesem Typus: junges Aufnahmealter, einige Vorstrafen, früher Suchtmittelmissbrauch und frühe erste Verurteilung. Typ B dagegen wird früh strafrechtlich auffällig, kommt aber spät in MRV-Therapie (im Schnitt mit 39 Jahren) nach etlichen Vorstrafen. Typ C schließlich ist deutlich älter bei Aufnahme (im Schnitt 43 Jahre), entwickelt Sucht und Delinquenz spät (etwa nach dem 25. Lebensjahr) und hat wenig Vorverurteilungen (etwa drei).

In den biographischen anamnestischen Aspekten entspricht die Stichprobe der bekannten Zusammensetzung forensischer Suchtpatienten (Bischoff-Mews, 1998; Koch, 1988; Schalast, 2000; Schmitz, 1993; Seifert & Leygraf, 1999). Das durchschnittliche Intelligenzniveau erreichen 50 %, Alkoholiker schneiden allerdings schlechter ab. Dies spiegelt sich auch im Bildungsniveau wieder, das insgesamt gering ist; Drogenabhängige haben dabei etwas höhere Schulabschlüsse (qualifizierender Hauptschulabschluss und höher). Und dennoch scheint die Suchtmittelabhängigkeit bei letzteren derart ausgeprägt, dass die Berufsausbildung stark davon betroffen ist. Viele brechen bereits begonnene Lehrausbildungen ab, die meisten Probanden sind vor der Inhaftierung bzw. Therapie nicht berufstätig.

Die Probanden kommen überwiegend aus Deutschland, der Migrantenanteil, etwa 1/3, ist bei Drogenabhängigen deutlich höher als bei Alkoholikern. Die größte Gruppe der Patienten mit ausländischer Herkunft stellen die ehem. GUS-Staaten.

Verstöße gegen das BtMG bestimmen die Anlassdeliktverteilung mit nahe 50 %. Betrugsdelikte und Körperverletzungen folgen mit je knapp 1/4. Fasst man die wichtigsten Deliktgruppen zusammen, fallen Suchtkranke v. a. mit BtMG-Delikten und Eigentumsdelikten auf. Dies wird in anderen Studien bestätigt (Koch, 1988; Seifert & Leygraf, 1999). Gewaltdelikte, die bei psychiatrischen Patienten die größte Deliktgruppe stellen, liegen bei 22 %. Ähnlich wie bei § 63 StGB-Patienten haben 30 % mehr als ein Index-

Delikt. Fasst man die Deliktarten der polytrop gezeigten Index-Delikte zusammen, dann kann eine geringere Deliktschwere als bei psychiatrischen Probanden bestätigt werden.

Innerhalb der Suchtgruppe imponieren Drogenabhängige mit BtM-Delikten (60 %), der Anteil an Gewalttätern liegt bei 14 %. Alkoholiker dagegen treten insgesamt in der Deliktverteilung breiter auf, allerdings sind 40 % Gewalttäter. Diese Unterschiede lassen sich auch in anderen Studien finden (Schalast, 2000). Aufgrund der geringen Probandenzahl zwar mit Vorsicht zu interpretieren dennoch interessant, ist der hohe Anteil von Alkoholkranken in der Gruppe der Sexualstraftäter: 90 % der zehn Probanden mit dieser Deliktart. Fasst man nun diese Sexualdelinquenten mit den anderen Gewalttätern zusammen, erreicht die Alkoholikerstichprobe sogar einen Gewalttäteranteil von knapp 50 %. Trotz dieser deutlich anderen Deliktverteilung erhalten Alkoholiker in der Summe kürzere Freiheitsstrafen parallel zur Unterbringung ausgesprochen als Drogenabhängige. Dies überrascht auch angesichts der höheren strafrechtlichen Vorbelastung von Alkoholikern. In der Studie von Gerl (2000) mit einer Stichprobe aus dem BKH Gabelsee werden bei Alkoholikern ebenfalls geringere Haftstrafen verhängt, so dass eine stärkere strafrechtliche Bewertung von BtM-Delikten in bayerischen Gerichten eine Erklärung dafür sein kann. Insgesamt bleibt im Gegensatz zu psychiatrischen Patienten kaum ein Täter ohne Freiheitsstrafe, bei je 1/4 fallen sie niedrig (mehrere Monate) bzw. hoch (über drei Jahre) aus. Entsprechend stark ist der Anteil der Patienten, die vor Therapieantritt längere Zeit inhaftiert waren.

Ähnlich wie bei § 63er-Patienten und auch aus anderen Untersuchungen bekannt, werden über 40 % unter 18 Jahren erstmals strafrechtlich auffällig; Drogenabhängige sind signifikant jünger als Alkoholiker. Dies spiegelt sich nicht in der BZR-Statistik wieder, da signifikant mehr Drogenabhängige als Ersttäter im MRV sind, obwohl sie früher kriminell werden. Migrationsumstände, Strafunmündigkeit bzw. nicht angezeigtes oder strafrechtliches Verhalten kommen als erklärende Aspekte dafür in Frage. Insgesamt sind nahezu alle Probanden vorbestraft; etwa 40 % haben ein bis fünf Eintragungen, immerhin noch 30 % sechs bis zehn, danach flacht die Kurve stark ab. Entsprechend hoch ist der Anteil der Probanden, die einige Lebenszeit in Haft verbracht haben: Beinahe 40 % sind bis ein Jahr inhaftiert gewesen, weitere 40 % bis zu vier Jahren. Neben der BtM-Tätergruppe, die beinahe vollständig von Drogenabhängigen bestimmt wird, die wiederum weniger BZR-Eintragungen als die Alkoholiker-Gruppe haben, zeigen Sexualstraftäter eine deutlich geringere Vorstrafenbelastung auf. Während Brand-

stifter und Verkehrsdelinquente überdurchschnittlich viele Eintragungen haben, sind Gewalttäter in ihrer Vorstrafenbelastung als heterogene Gruppe zu bezeichnen.

In der Gesamtschau der forensischen Vorgeschichte führen Eigentumsdelikte die Delikte an, fasst man allerdings geeignete Deliktgruppen zusammen, werden Gewalttaten bestimmend: Knapp 70 % sind früher als Gewalttäter in Erscheinung getreten. Dies entspricht dem Bild des bekannten forensischen Frühkriminellen mit jungem Beginn, starker strafrechtlicher Vorbelastung und Vorherrschen schwererer Deliktarten (v. a. Körperverletzung).

Differenziert man nach Diagnosegruppen, zeigen sich ähnliche Unterschiede wie bei den Index-Delikten: Drogenabhängige zeigen signifikant mehr Betrugs- und BtM-Delikte, während Alkoholiker verstärkt mit Verkehrsdelikten und Körperverletzungen auftreten.

5.2.2 Therapieverlauf

5.2.2.1 Aufnahmealter

Über 50 % der 661 Probanden (Missing: 1) sind bis zu 30 Jahre alt, wenn sie in den Maßregelvollzug kommen. Knapp 1/4 ist 26 bis 30 Jahre alt und bildet damit die stärkste Altersgruppe. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil ab, über 60-Jährige kommen nur vereinzelt in Therapie (n = 3).

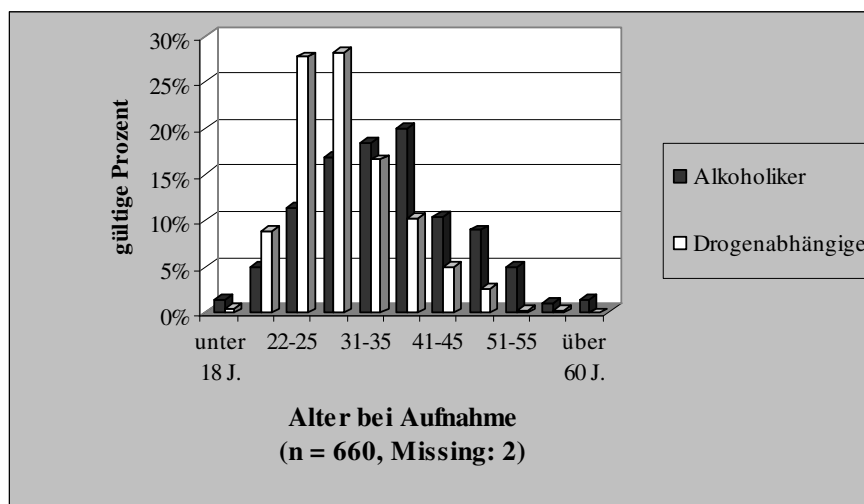


Abbildung 5.24: Alter in Jahren kombiniert mit Diagnosegruppe: Alkoholiker n = 202 (Missing: 1), Drogenabhängige n = 459; § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Differenziert man nach Suchtdiagnosegruppe, kann man zwar keine statistisch abgesicherten Ergebnisse präsentieren, aber dennoch Hinweise auf eine unterschiedliche Altersverteilung bekommen (vgl. Abb. 5.24). Drogenabhängige sind zu 37 % bis zu 25 Jahre alt, während Alkoholabhängige nur zu 18 % in dieser unteren Klasse zu finden sind. Letztere dagegen finden sich häufiger auch in den oberen Altersstufen: 8 % sind bei Therapieantritt über 50 Jahre alt.

5.2.2.2 Dauer der Unterbringung

Die Therapiedauer umfasst eine Spannweite von einem Tag bis über fünf Jahre, im Mittel sind Suchtkranke etwas über einem Jahr im MRV. Der Median beträgt 351 Tage.

Diese Zahlen sagen nicht allzu viel aus, da alle Probanden unabhängig von ihrem tatsächlichen Therapieverlauf bzw. Entlassmodus inkludiert sind. Untersucht man die Stichprobe getrennt nach Entlassmodus, zeigt sich, dass bedingt Entlassene durchschnittlich 1.7 Jahre in Therapie sind (vgl. Tab. 5.45).

Eine Entlassung wegen Therapieabbruch erfolgt im Mittel nach über neun Monaten; der früheste Zeitpunkt ist nach drei Wochen, der späteste in unserer Untersuchung nach 4.9 Jahren. Dabei ist allerdings zu beachten, dass dies der tatsächliche Entlasszeitpunkt ist; die Antragsstellung ist meist einige Wochen bis Monate vorher. Ab diesem Zeitpunkt nimmt der Betroffenen nicht mehr am Therapieprogramm teil.

Entweichungen (gemeint sind Flucht und Nichtrückkehr aus einer Lockerung / Beurlaubung, bei der die Patienten über einen längeren Zeitraum nicht in die Einrichtung zurückkommen) finden im Schnitt nach fast einem Jahr statt. Allerdings ist es einem Probanden gelungen, bereits nach einer Woche zu flüchten.

Beim Entlassmodus Ablauf der Höchstfrist – im § 64 StGB sind die Unterbringungen im Gegensatz zum § 63 StGB zeitlich befristet (zwei Jahre plus 2/3 der verhängten Freiheitsstrafe), muss beachtet werden, dass hier auch Probanden zu finden sind, die in einer anderen forensischen Klinik bereits ihre Therapie begonnen haben. Sie werden aus diversen Gründen verlegt (z. B. heimatnahe Resozialisierung, bessere therapeutische Erfolgsaussicht). Zudem gibt es in dieser Kategorie Probanden, deren Therapie u. U. mehrfach unterbrochen wurde, z. B. wegen eines Zwischenvollzuges einer Haftstrafe.

Unter sonst sind v. a. Patienten subsumiert, die in andere Kliniken oder auch zum Zwecke des Zwischenvollzuges in eine JVA verlegt werden. Verlegungen aller Art erfolgen u. U. schnell und können bereits nach einem Tag vollzogen werden.

Tabelle 5.45: Therapiedauer in Tagen nach Entlassungsmodus, § 64 StGB-Patienten (n = 662)

	M	Median	N	SD	Min	Max
Bedingte Entlassung	623.17	604.0	212	220.23	102	1 994
Ablauf Höchstfrist	800.38	891.0	8	330.41	236	1 149
Entweichung	337.75	312.5	24	251.63	8	1 161
Abbruch wegen Aussichtslosigkeit	293.64	191.0	323 (Missing: 4)	267.56	21	1 798
Sonst	175.64	133.0	89 (Missing: 1)	161.94	1	744
Gesamt	391.92	351.0	656 (Missing: 6)	297.16	1	1 994

Differenziert man die Therapiedauer nach Delikttyp (um einen Eindruck von der tatsächlichen Therapiedauer zu bekommen, werden nur noch die bedingt Entlassenen analysiert) kann man unterschiedliche Zeiträume in den einzelnen Deliktgruppen erkennen.

Tabelle 5.46: Therapiedauer in Tagen nach Delikttyp, bedingt entlassenen § 64 StGB-Patienten (n = 212)

	M	Median	n	SD	Min	Max
BtMG	604.87	607.5	112	170.57	147	1 086
Gewalttäter	753.31	692.5	36	330.29	372	1 994
Eigentums-täter ohne Gewalt	637.16	595.0	25	178.22	334	1 005
Verkehr	542.79	495.5	14	182.57	147	1 086
Eigentums-täter mit Gewalt	510.92	477.0	13	168.22	275	917
Sonst	453.33	461.0	6	199.33	102	695
Sexualdelinquente	688.0	646.0	4	269.37	415	1 045
Brandstifter	803.0	803.0	2	271.53	611	995
Gesamt	623.17	604.0	212	220.23	102	1 994

Probanden, die mit dem Betäubungsmittelgesetz in Konflikt gekommen sind, sind leicht unterdurchschnittlich in ihrer mittleren Therapiezeit (1 1/2 Jahre), während gewaltlose Eigentumstäter etwas darüber liegen (vgl. Tab. 5.46). Gewalttäter dagegen sind deutlich über dem allgemeinen Durchschnitt (über zwei Jahre), in dieser Rubrik ist auch der Proband mit der längsten Therapiezeit zu finden. Die längste durchschnittliche Therapiedauer weisen Brandstifter auf. Auch Sexualstraftäter sind deutlich im überdurchschnittlichen Bereich. Gerade diese beiden sind aber sehr schwach besetzt, so dass auf weitere Analysen verzichtet werden muss.

BtM-Täter machen die größte Deliktgruppe aus, daher sollen diese auch einer genaueren statistischen Analyse unterzogen werden.

Die Prüfung der Normalverteilung zeigt allerdings, dass bei der abhängigen Variable Therapiedauer eine Normalverteilungsannahme nicht unproblematisch ist (vgl. Tab. 5.47). Daher wird auf den U-Test zurückgegriffen.

Tabelle 5.47: Prüfung der Normalverteilung, Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

Variable	N	KS z-Wert	P
Therapiedauer	212	1.517	.020*

Anmerkung: n.s. = nicht signifikant; * < .05; ** < .01; *** < .001.

Die beiden Haupttätergruppen, BtMG- und Gewalttäter, unterscheiden sich signifikant (vgl. Tab. 5.48).

Tabelle 5.48: Unterschied der Therapiedauer bei Gewalttäter und BtM-Tätern (Mann-Whitney-U-Test), bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 148)

Delikttyp	N	Mittlerer Rang	Rangsumme	Mann-Whitney-U	p
Gewalt	36	89.79	3 232.5	1 465.5	.014*
BtMG	112	69.58	7 793.5		

Anmerkung: n.s. = nicht signifikant; * < .05; ** < .01; *** < .001.

Eine Differenzierung nach Alter bei Aufnahme zeigt nur geringe Unterschiede in den Altersklassen mit ausreichender Besetzung, auch die Trennung nach Diagnose ergibt keine auffallenden Unterschiede (vgl. Tab. 5.49 und 5.50).

Tabelle 5.49: Therapiedauer der einzelnen Altersklassen in Tagen, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 212)

	M	Median	n	SD	Min	Max
Unter 18 J.	423.0	423.0	1		423	423
18-21 J.	652.85	651.0	13	261.56	275	1 155
22-25 J.	582.75	596.0	44	179.22	147	1 159
26-30 J.	672.10	651.0	49	259.61	230	1 994
31-35 J.	636.12	607.0	41	238.89	102	1 542
36-40 J.	586.30	555.0	33	201.80	152	1 045
41-45 J.	658.29	640.5	14	207.53	357	1 037
46-50 J.	615.00	637.0	10	136.32	334	823
51-55 J.	581.75	553.0	4	117.55	473	748
56-60 J.	388.50	388.5	2	62.93	344	433
Über 60 J.	729.0	729.0	1		729	729
Gesamt	623.17	604.0	212	220.23	102	1 994

Tabelle 5.50: Therapiedauer der beiden Hauptdiagnoseklassen in Tagen, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 212)

	M	Median	n	SD	Min	Max
Alkoholabhängigkeit	624.96	613.0	70	219.66	102	1 159
Drogenabhängigkeit	622.29	596.5	142	221.28	147	1 994
Gesamt	623.17	604.0	212	220.23	102	1 994

Untersucht man weitere erklärende Variablen, so scheinen Familienstand, Behandlungsprobleme, Straftaten während der Unterbringung und Tötlichkeiten gegen Personal oder Mitpatienten keinen Beitrag zur Frage der Unterschiedlichkeit der Therapiedauer

zu leisten, da sie sich in den Mittelwerten der Untergruppen kaum unterscheiden bzw. eine zu geringe Subgruppenbesetzung haben. Einzig das Item Substanzmissbrauch gibt einen interessanten Hinweis (vgl. Tab. 5.51).

Tabelle 5.51: Therapiedauer in Tagen und Substanzmissbrauch, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 212)

	M	Median	n	SD	Min	Max
Kein Rückfall	548.06	548.0	109	173.04	147	1 045
Ein Rückfall	660.90	638.0	31	110.68	408	917
Zwei Rückfälle	607.60	587.0	25	166.72	400	1 159
Drei bis sechs Rückfälle	741.00	693.0	39	256.35	102	1 542
Mehr als sechs Rückfälle	1 015.57	877.0	7	443.41	675	1 994
Gesamt	622.86	604.0	211 (Missing: 1)	220.71	102	1 994

Je mehr Rückfälle die Probanden haben, desto länger wird die Therapiezeit. Dies verwundert insofern nicht, da im Therapiekonzept eine sog. Sperre vorgesehen ist, d. h. der Betroffene verliert für vier Wochen alle Lockerungen und muss seinen Rückfall aufarbeiten. Das Vorrücken in eine nächste Therapiestufe verzögert sich entsprechend.

5.2.2.3 Zwischenvollzug

Ein Zwischenvollzug, der eine bereits begonnene Therapie unterbrechen würde, spielt auch im Suchtbereich eine untergeordnete Rolle. 88.3 % der 631 Probanden können die aktuelle Therapie ohne Unterbrechung fortführen (Missing: 15; bei 16 Probanden ist bereits ein Zwischenvollzug in frühen Phasen der Therapie erfolgt und wird daher hier nicht weiter berücksichtigt). Meist dauert die Unterbrechung nur wenige Monate bis zu einem 1/2 Jahr.

5.2.2.4 Medikation

Auch Medikamente außerhalb der üblichen Bedarfsmedikation werden selten verschrieben: 90.6 % kommen ohne aus (n = 662, Missing: 14). Bei 21 % der Probanden mit Medikation werden Neuroleptika eingesetzt, bei 33.9 % Antidepressiva.

5.2.2.5 Interferontherapie

Die Behandlung einer Hepatitis-C-Erkrankung kommt bei 126 Probanden in Frage (Missing: 30; bei 506 ist keine entsprechende Diagnose vergeben). Bei 44.4 % wird keine Behandlung durchgeführt. Gründe dafür können ein Therapieabbruch, frühzeitige Verlegung u. ä. sein. Bei 11.9 % muss sie abgebrochen werden (aus medizinischen Gründen oder wegen fehlender Kooperation bzw. frühzeitigem Therapieende). Zum Zeitpunkt der Entlassung läuft bei 10.3 % die Interferontherapie weiter, bei 25.4 % konnte sie bereits erfolgreich abgeschlossen werden. 7.9 % lehnen eine Behandlung ab.

5.2.2.6 Zwischenfälle

(1) Suchtmittelrückfall

Rückfällig werden über 55 % der 662 Suchtkranken (Missing: 12). Die größte Gruppe machen die mit drei bis sechs Rückfällen aus (42.3 %). An zweiter Stelle steht eine Probandengruppe mit einmaligem Rückfall (22.1 %), gefolgt von zweimal Betroffenen (21.8 %). Mehr als sechs Rückfälle haben 13.8 % der 362 Rückfälligen.

Differenziert nach Hauptdiagnosegruppe zeigen sich signifikante Unterschiede (vgl. Tab. 5.52). Alkoholiker sind quantitativ weniger stark von Rückfälligkeit betroffen als Drogenabhängige, die weitaus häufiger und mit mehr Rückfällen auffallen. Über 60 % der Alkoholkranken schaffen es, rückfallfrei zu bleiben (vgl. Abb. 5.25). Dies gelingt nur 35 % der Drogenabhängigen. Letztere haben ihre Spitze in der Gruppe der Probanden mit drei bis sechs Rückfällen. Auch stellen sie 88 % derjenigen mit mehr als sechs Rückfällen.

Tabelle 5.52: Unterschied in der Rückfälligkeit bei Alkohol- und Drogenabhängigen (Mann-Whitney-U-Test), § 64 StGB-Patienten (n = 650)

Diagnose	N	Mittlerer Rang	Rangsumme	Mann-Whitney-U	p
Alkoholabhängigkeit	195	252.15	49 469.50	30 059.50	.000***
Drogenabhängigkeit	455	356.94	162 405.50		

Anmerkung: n.s. = nicht signifikant; * < .05; ** < .01; *** < .001.

Analysiert man nur die Probanden, die bedingt entlassen werden können (n = 212), bleiben 51.7 % rückfallfrei. Wiederum führend bei den 102 Rückfälligen (Missing: 1)

sind diejenigen mit drei bis sechs Rückfällen (38.2 %). 30.4 % konsumieren einmal, 24.5 % zweimal und sieben Probanden mehr als sechsmal.

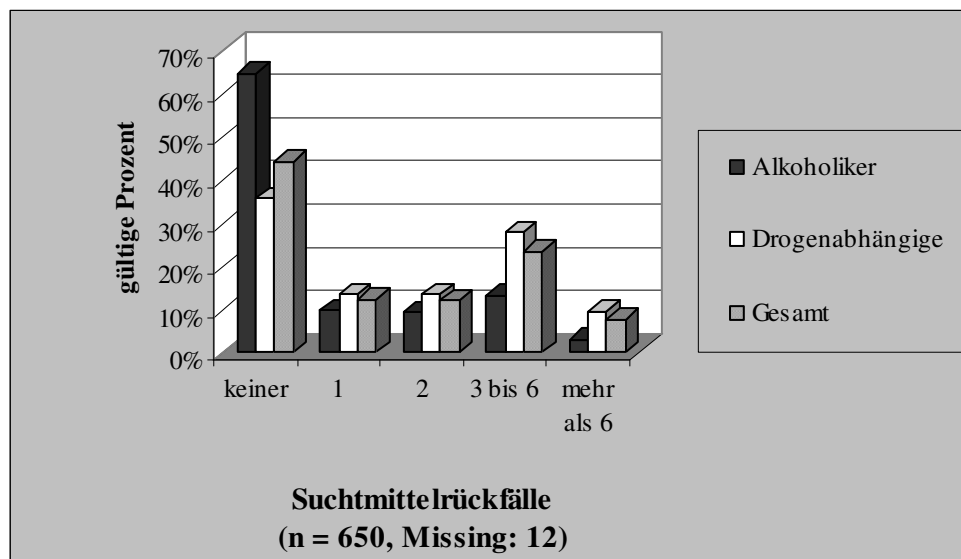
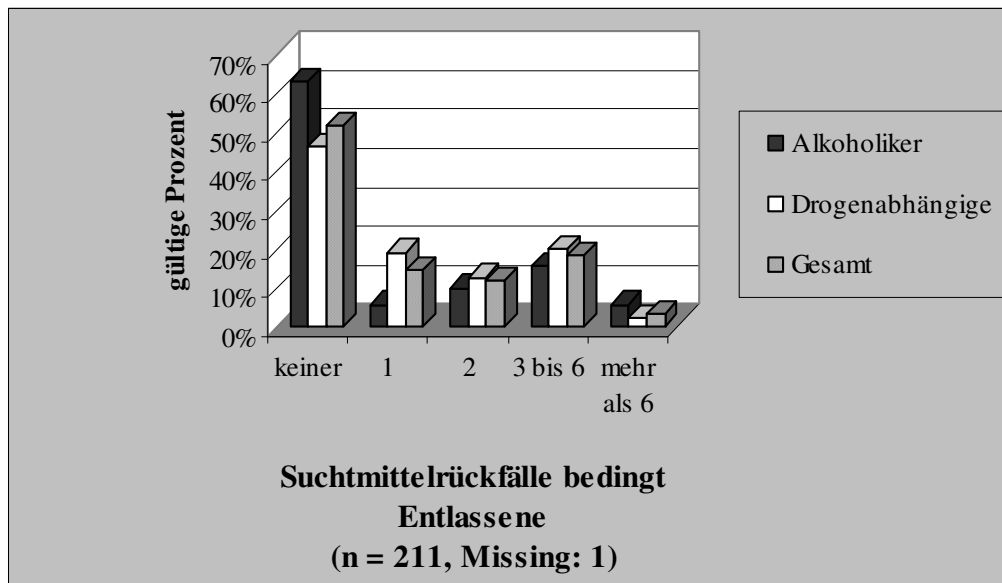


Abbildung 5.25: Suchtmittelrückfälligkeit bei Alkohol- (n = 202, Missing: 7) und Drogenabhängigen (n = 459, Missing: 4), § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Auch bei den bedingt Entlassenen sind eher Alkoholabhängige in der Lage, rückfallfrei zu bleiben (vgl. Abb. 5.26). Allerdings gibt es eine kleine Gruppe mit sehr häufigen Rückfällen. Diese können aber im Gegensatz zu Drogenabhängigen die Therapie meist dennoch regulär abschließen.



Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 10.840, df = 4, p = .028

Likelihood-Quotient: Wert 11.659, df = 4, p = .020

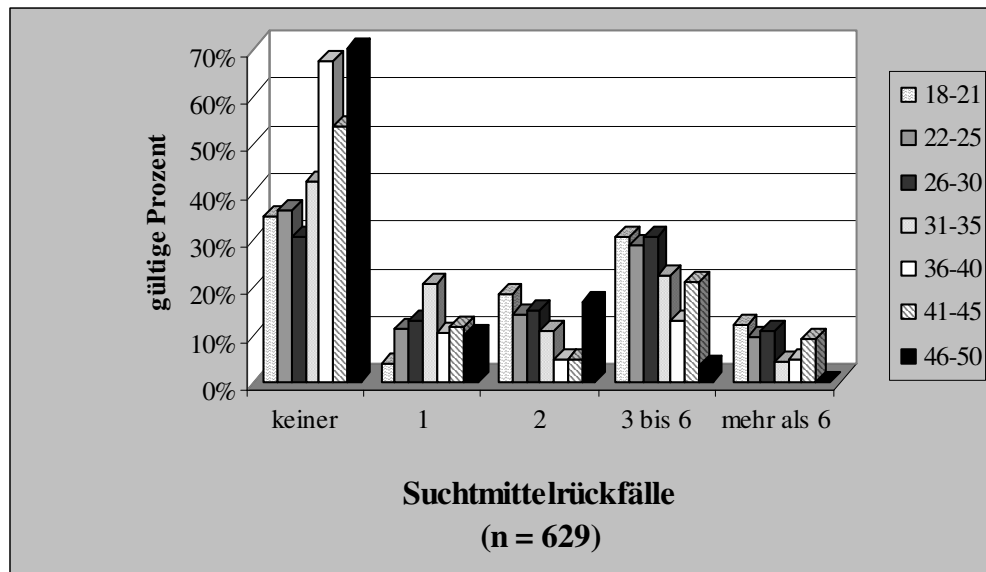
Anzahl der gültigen Fälle: 211. 2 Zellen (20 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2.32.

Abbildung 5.26: Suchtmittelrückfälligkeit bei Alkohol- (n = 70) und Drogenabhängigen (n = 141), bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 212)

Das Alter bei Aufnahme scheint ebenfalls einen signifikanten Einfluss zu haben (vgl. Abb. 5.27). Je älter die Probanden sind, desto eher gelingt die vollständige Rückfallfreiheit. Analysiert werden nur die Altersklassen mit einer Besetzung größer zehn.

Die Unterschiede in den Altersklassen können auch damit zusammenhängen, dass Alkoholranke, die wie bereits gesehen etwas stabiler im Abstinenzverhalten sind, meist auch älter sind, wenn sie in Therapie kommen.



Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 68.614, df = 24, p = .000

Likelihood-Quotient: Wert 74.837, df = 24, p = .000

Anzahl der gültigen Fälle: 629. 5 Zellen (14.3 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2.38.

Abbildung 5.27: Suchtmittelrückfälligkeit in einzelnen Altersgruppen ab 18 Jahren (bei Aufnahme), § 64 StGB-Patienten (n = 629)

Eine Differenzierung nach Geschlecht zeigt keine signifikanten Unterschiede bzgl. des Suchtmittelkonsums. Frauen (n = 60) sind zu 36.7 % nicht rückfällig, Männer (n = 590, Missing: 12) zu 45.1 %: Chi-Quadrat (4, N = 650) = 6.66, p > .05.

(2) Erneute Straftat

Wiederum wird jegliches strafbare Verhalten bewertet, das bei einer Anzeige auch entsprechende juristische Konsequenzen hätte. Allerdings scheint dieses Item gerade im Suchtbereich von den Therapeuten sehr unterschiedlich beantwortet zu werden, da die im Klinikalltag häufig vorkommenden Delikte aus dem BtMG-Bereich meist nicht angegeben werden. Das kann damit zusammenhängen, dass auf Suchtstationen Drogenbeschaffung und -besitz nicht gerade seltene Ereignisse sind, wie auch die Ausführungen zum Suchtmittelrückfall zeigen. Einer Therapiestation ist mehr an einer therapeutischen als juristischen Aufarbeitung der Vorfälle gelegen. Im Suchtbereich werden somit eher die strafbaren Handlungen analysiert, die schwerwiegender (z. B. Gewaltdelikte) sind und den bekannten Rahmen sprengen.

Dies trifft auf 6.9 % zu, 593 Probanden bleiben in dieser Hinsicht straftatfrei (n = 662, Missing: 24, ein Proband verweigert die Antwort). Bei bedingt Entlassenen (n = 212, Missing: 2) reduziert sich dieser Straffälligen-Anteil auf 2.4 %. Dagegen sind 10.2 % der Therapieabbrecher mit entsprechendem Verhalten auffällig (n = 327, Missing: 24). Noch höher ist die Quote bei Entwichenen (n = 24, Missing: 4): 15 %. Diese Unterschiede sind signifikant: Chi-Quadrat (4, N = 637) = 15.356, $p < .01$.

Die beiden Diagnosegruppen unterscheiden sich nicht signifikant im Bereich neuer Straftaten. Drogenabhängige (n = 459, Missing: 15) werden zu 7.7 % straffällig, Alkoholiker (n = 202, Missing: 9) zu 5.2 %: Chi-Quadrat (1, N = 637) = 1.283, $p > .05$.

(3) Gewalt

Gegen das Personal werden 96.6 % nie gewalttätig (n = 662, Missing: 11). 21 Probanden fallen einmal entsprechend negativ auf, einer auch mehrfach. Bei bedingt Entlassenen werden nur zwei Probanden gewalttätig (n = 212, Missing: 1). Therapieversager (n = 327, Missing: 5) machen 86.4 % der 22 Betroffenen aus und gelten daher eher als Problemgruppe.

Gegen Mitpatienten werden 93.8 % nie aggressiv (n = 662, Missing: 19, bei einem Probanden werden widersprüchliche Angaben gemacht). 5 % werden einmal gewalttätig, acht Probanden mehrfach. Auch hier können zwar keine statistischen Absicherungen vorgenommen werden, dennoch scheinen wiederum Aussichtslose besonders negativ aufzufallen: 9 % der 316 Probanden (Missing: 11) sind in der Tätergruppe, dagegen nur 3.4 % der 208 bedingt Entlassenen (Missing: 4).

Einen signifikanten Unterschied zwischen den Diagnosegruppen gibt es weder bei Tötlichkeiten gegen das Personal noch gegen Mitpatienten.

(4) Entweichung

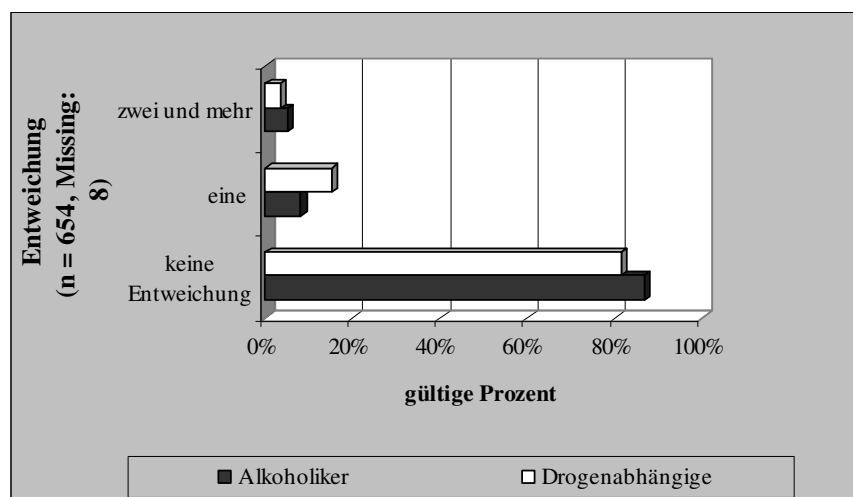
Entweichungen während der Unterbringung, in Abgrenzung zur Kategorie Entweichung der Variable Entlassmodus sind Lockerungsübertretungen mit kürzerer Dauer gemeint (der Patient kehrt innerhalb einiger Tage in die Einrichtung zurück), kommen bei 83.2 % (n = 662, Missing: 8) nie vor. 13 % entweichen einmal, 3.8 % mindestens zweimal. Bei bedingt Entlassenen erhöht sich der Anteil Unauffälliger auf 94.3 % (n = 212, Missing: 1). Bei Patienten mit Therapieabbruch dagegen entweichen 21 % mindestens einmal (n = 324, Missing: 3). Dieser Unterschied ist signifikant (vgl. Tab. 5.53).

Tabelle 5.53: Unterschied in der Entweichungsrate bei bedingt Entlassenen und abgebrochenen Probanden (Mann-Whitney-U-Test), § 64 StGB-Patienten (n = 535)

Diagnose	N	Mittlerer Rang	Rangsumme	Mann-Whitney-U	p
Bedingte Entlassung	211	243.24	51 324.00	28 958.00	.000***
Abbruch	324	284.12	92 056.00		

Anmerkung: n.s. = nicht signifikant; * < .05; ** < .01; *** < .001.

Trennt man nach Diagnosegruppen, erhält man ebenfalls einen signifikanten Unterschied (vgl. Abb. 5.28). Während Drogenabhängige eine Nichtentweicherrate von 82 % haben, gelingt das knapp 87 % der Alkoholiker.



Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 6.759, df = 2, p = .034

Likelihood-Quotient: Wert 7.179, df = 2, p = .028

Anzahl der gültigen Fälle: 654. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 7.53.

Abbildung 5.28: Entweichungen bei Alkohol- (n = 202, Missing: 9) und Drogenabhängigen (n = 459, Missing: 2), § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Nicht statistisch abgesichert, also nur als Hinweis verwertbar, sind die Unterschiede in den Deliktgruppen. Während bei Gewalt-, Sexual-, BtM-Tätern die Nichtentweicherrate bei über 80 % und bei Verkehrstraftäter und Brandstiftern sogar bei über 90 % liegt, fallen Eigentumsdelinquente negativer auf: Lediglich 78.4 % der 97 Probanden mit ei-

nem gewaltlosen Eigentumsdelikt und sogar nur 68.1 % der gewalttätigen Eigentumstä-
ter (n = 47) bleiben ohne Flucht bzw. massive Lockerungsübertretung.

5.2.2.7 Behandlungsprobleme

Besondere Probleme in der Therapie haben nach Eindruck der behandelnden Therapeu-
ten 47 % der Probanden (n = 662, Missing: 43). Führend sind Probleme, die auf motiva-
tionaler Ebene liegen (vgl. Tab. 5.54).

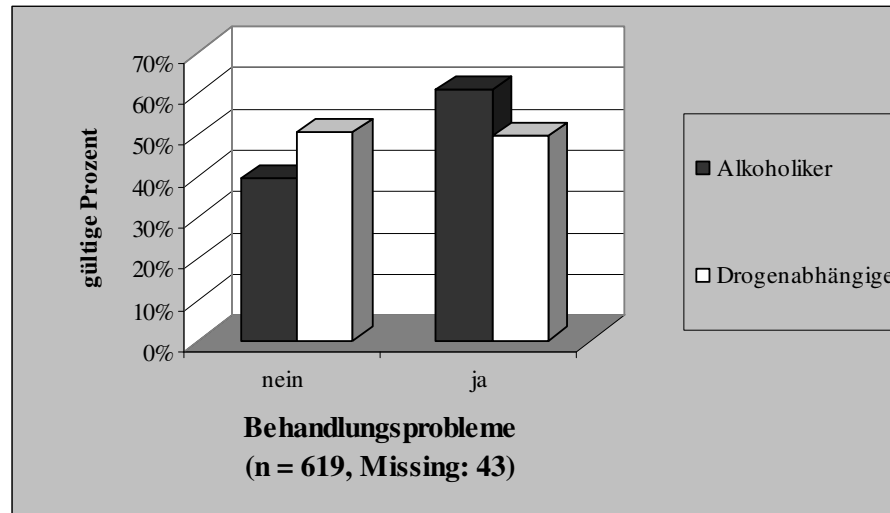
Tabelle 5.54: Behandlungsprobleme, § 64 StGB-Patienten (n = 662)

	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 328)
Motivationale Ebene	153	46.6
Spezifische Persönlichkeitsvariablen	81	24.7
Therapiefeindliches Verhalten	78	23.8
Aggression	61	18.6
Spezifische Vollzugsprobleme	20	6.1
Impulskontrolle / Sozialverhalten	12	3.7
Missing Probanden	43	
Gesamt: Probleme / Probanden	405 / 371	

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Es gelingt bei einigen Patienten nicht, eine stabile Therapiemotivation aufzubauen und ein tragfähiges Arbeitsbündnis zu schaffen. Viele Patienten legen ein ausgesprochen therapiefeindliches Verhalten an den Tag: Massive Suchtmittelrückfälle, z. T. in Serie, Drogenbeschaffung und -weitergabe, Drogenscreeningmanipulationen etc. Auf der anderen Seite werden auch spezifische Persönlichkeitsvariablen beschrieben, die sich negativ auf die Therapie auswirken: Suggestibilität, Minderbegabung, keine bzw. schlechte Deutschkenntnisse etc. Aggression in jeglicher Modalität (direkt, indirekt, instrumentell oder expressiv) werden bei etwa 20 % der Probanden als sehr auffällig beschrieben. Spezifische Vollzugsprobleme wie sehr lange Haftstrafe, die einen zügigen und ununterbrochenen Therapieprozess unmöglich machen, drohende Abschiebung oder Sicherungsverwahrung werden bei deutlich weniger Patienten problematisiert. Ebenso scheinen Impulskontrollstörungen bzw. Störungen des Sozialverhaltens derart bekannte Phänomene zu sein, dass sie nicht explizit als ein Behandlungsproblem genannt werden.

Während sich Drogenabhängige etwa gleich auf Probandengruppen mit und ohne Probleme verteilen, sehen die Therapeuten bei knapp 61 % der Alkoholabhängigen massive Problemfelder. Dieser Unterschied ist signifikant (vgl. Abb. 5.29).



Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 6.651, df = 1, p = .010

Kontinuitätskorrektur: Wert 6.209, df = 1, p = .013

Likelihood-Quotient: Wert 6.694, df = 1, p = .010

Anzahl der gültigen Fälle: 619. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 89.79.

Abbildung 5.29: Behandlungsprobleme bei Alkoholabhängigen (n = 202, Missing: 11) und Drogenabhängigen (n = 459, Missing: 31), § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Dagegen kann aufgrund der z. T. zu gering besetzten Unterklassen kein statistisch abgesicherter Befund zum Zusammenhang zwischen Behandlungsproblemen und Delikttyp gefunden werden. Gleiches gilt für die Variable Alter bei Aufnahme.

Das Item „vorzeitiger Therapieabbruch in der Vorgeschichte“ kann allerdings einen wichtigen Hinweis geben (vgl. Tab. 5.55): 111 Probanden, die mindestens einen vorzeitigen Therapieabbruch in ihrer Anamnese haben, zeigen auch in der aktuellen Therapie massive Schwierigkeiten (62 %, n = 179). Dagegen haben über 50 % der Probanden, die bisher keine negativen Therapieerfahrung machen mussten, auch im MRV kaum Probleme (n = 119).

Tabelle 5.55: Behandlungsprobleme kombiniert mit Therapieabbruch in der Vorgesichte), § 64 StGB-Patienten (n = 318)

	Vorzeitiger Therapieabbruch (%)			
Behandlungsprobleme	Keiner	Einer	Mehr als einer	Gesamt
Nein	63 (52.9)	32 (37.6)	36 (38.3)	131
Ja	56 (47.1)	53 (62.4)	58 (61.7)	167
Gesamt	119 (100.0)	85 (100.0)	94 (100.0)	298 Missing: 20

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 6.495, df = 2, p = .039

Likelihood-Quotient: Wert 6.492, df = 2, p = .039

Anzahl der gültigen Fälle: 298. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 37.37.

Bei bedingt Entlassenen reduziert sich der Anteil der problematischen Behandlungsverläufe auf 31.4 % (n = 212, Missing: 8).

5.2.2.8 Therapieabbruch

Bei 327 Probanden muss die Therapie vorzeitig abgebrochen werden; d. h. der Betroffene wird in den überwiegenden Fällen in eine JVA verlegt, in der er die restliche Zeit seiner Freiheitsstrafe absitzen muss. Bevor ein gerichtlicher Beschluss über einen Therapieabbruch ergeht, wird der Antrag der Klinik entsprechend geprüft, u. U. wird ein externes Gutachten eingeholt. Auch der Patient wird gehört. Diese Wartezeit, die wenige Wochen bis mehrere Monate dauern kann, verbringt der Betroffene auf einer besonders gesicherten Station, ohne an einem Suchttherapieprogramm teilzunehmen.

Gründe für einen Therapieabbruch liegen insbesondere in einer als defizitär eingestuften Therapiemotivation; aber auch fortwährender Substanzmissbrauch, der einen Abstinenzvorsatz zumindest fragwürdig erscheinen lassen, massive und andauernde Regelverstöße, Gewalt und Drogenhandel sind häufige Argumente für einen Abbruchsantrag. Dabei liegen die Bewertungen der Therapeuten und Patienten häufig nicht weit auseinander. 61 % stimmen einem Abbruchsantrag zu und wollen die Therapie selbst nicht weiterführen. Immerhin 31.7 % wenden sich selbst an das Gericht mit der Bitte um Therapieabbruch. Bei diesen Items können allerdings nur Angaben von 59 bzw. 41 Probanden ausgewertet werden, da sie erst zu einem späteren Zeitpunkt in die Untersuchung einbezogen wurden.

In der vorliegenden Stichprobe liegt der Anteil Gescheiterter bei 49.5 % (n = 662, Missing: 1). Tabelle 5.56 gibt die wichtigsten Merkmale von gescheiterten Patienten im Vergleich mit der Gesamtstichprobe wieder.

Männer sind häufiger betroffen als Frauen; meist sind Abbrecher vergleichsweise jung bei Aufnahme (30 % sind bei Therapiebeginn bis 25 Jahre alt, über 40 % sind zwischen 25 und 35 Jahre). Die Rangreihe der Indexdelikte gleicht der in der Gesamtgruppe. Der Anteil Vorbestrafter liegt über dem der Gesamtgruppe (93.6 %; Missing: 7). Damit im Zusammenhang kann das junge Ersttatalter stehen. Keinen Unterschied gibt es dagegen in der Hafterfahrung.

Tabelle 5.56: Charakteristika von Therapieabbrechern, gescheiterte § 64 StGB-Patienten (n = 327)

ANAMNESE		THERAPIE	
Männliches Geschlecht	50 % der Männer vs. 38 % der Frauen	Entweichung	21 %
Indexdeliktreihe	BtM (36.5 %) Gewalt (24.8 %) Eigentumsd. o. G. (16.3 %)	Aggressives Verhalten	Gegen Personal: 5.9 % Gegen Mitpatienten: 9.2 %
Meist vorbestraft	96.9 % (Missing: 3)	Straftat	10.2 %
Junges Ersttatalter	Unter 18 Jahren (47 %)	Suchtmittelrückfälle	65.1 % (Missing: 6)
Ähnliche Anteile in den Diagnosegruppen	Bei Alkoholikern: 50.2 % (Missing: 1) Bei Drogenabhängigen: 49.2 %	Massive Behandlungsprobleme	72.6 %
Niedrigeres IQ-Niveau	Minderbegabt / unterer Durchschnitt: 34.9 % (Missing: 3)		
Junges Erkrankungsalter	Unter 18 Jahren (54.5 %; Missing: 8)		
Suchttherapieerfahrung	51.4 % (Missing: 6)		
Negative Therapieerfahrung	67 %		
Höherer Anteil aus GUS-Staaten	24.8 %		
Niedrigerer Qualifikationsgrad	Förder-/Hauptschule (66.3 %) Kein Berufsabschluss (68 %; Missing: 2)		
Alleinstehend	54.3 % (Missing: 14)		

In beiden Diagnosegruppen liegt der Abbrecheranteil bei etwa der Hälfte. Im Unterschied zur Gesamtgruppe sind Abbrecher eher auf einem niedrigen Intelligenzniveau zu finden. Auch unterscheiden sich die Gruppen bzgl. ihrer Therapieerfahrung: In der Gesamtgruppe haben nur 46.5 % (Missing: 12) Suchttherapieversuche unternommen, dagegen sind über 50 % der Abbrecher, meist mehrfach, in Therapie gewesen und haben überwiegend negative Erfahrungen gemacht. Keinen Unterschied kann man in den Abstinenzzeiten feststellen: Über 1/4 haben keine abstinenten Phasen seit Erkrankungsbeginn.

Der soziale Hintergrund ist problematischer als in der Gesamtstichprobe: 1/4 haben einen Migrationshintergrund, der Anteil an Förder- bzw. Hauptschülern liegt weit über 50 %, beinahe 70 % sind ungelernt oder haben eine Ausbildung abgebrochen, familiäre Bindungen haben knapp über 1/4 (vs. 35.7 % – Missing: 21 – in der Gesamtstichprobe).

In der Therapie fallen Abbrecher häufiger negativ mit Entweichungen, Gewalttaten oder erneuter Straffälligkeit auf. Besonders deutlich wird der Unterschied bei Suchtmittelrückfällen: Bei den Abbrechern werden 10 % mehr mindestens einmal im Therapiezeitraum rückfällig. Auch liegt der Anteil an Problemfällen 20 % über dem in der Gesamtstichprobe.

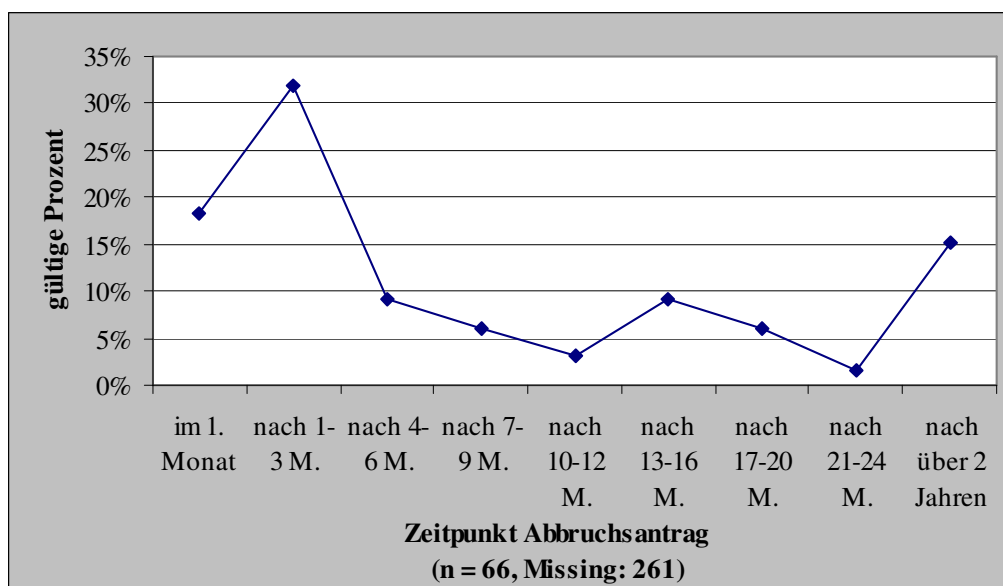


Abbildung 5.30: Zeitpunkt des Antrages auf Therapieabbruch, gescheiterte § 64 StGB-Patienten (n = 327)

Der Antrag auf Therapieabbruch wird bei 50 % in den ersten drei Monaten gestellt (vgl. Abb. 5.30). Zu beachten ist, dass Daten von nur 66 Probanden ausgewertet können, da

dieses Item erst seit der letzten Fragebogenrevision 2006 verwendet wird. Weitere 10 % werden bis sechs Monate nach Therapiebeginn als gescheitert betrachtet. Auch nach einigen Monaten Therapie kann es noch zu einem Abbruch kommen. Bei knapp 10 % müssen nach über einem Jahr alle therapeutischen Versuche eingestellt werden, bei mehr als 15 % sogar erst nach insgesamt über zwei Jahren

Gerade bei Alkoholikern wird sehr früh der Abbruchsantrag gestellt: Bei 66.7 % in den ersten drei Monaten (vgl. Abb. 5.31).

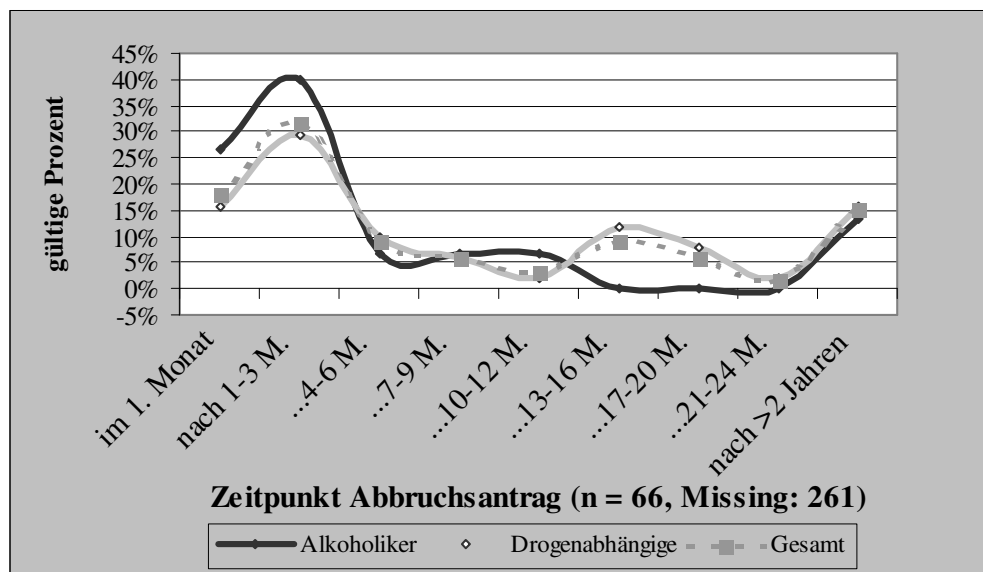


Abbildung 5.31: Zeitpunkt des Abbruchsantrags von Alkoholikern (n = 15) und Drogenabhängigen (n = 51), gescheiterte § 64 StGB-Patienten (n = 327)

Bei Drogenabhängigen wird etwas länger gewartet, 45.1 % haben bis zum dritten Therapiemonat eine Bewährungschance. Beide Diagnosegruppen liegen in den folgenden Zeitabschnitten enger beieinander, bis sie sich im zweiten Therapiejahr wieder trennen. Während bei 21.6 % der Drogenabhängigen im zweiten Jahr nach Therapiebeginn der Antrag auf Abbruch gestellt wird, sind hier keine Alkoholiker vertreten. Diese Unterschiede können allerdings aufgrund der z. T. sehr geringen Besetzung nicht statistisch abgesichert werden.

5.2.2.9 Behandlungsergebnis

Das Behandlungsergebnis wird in drei Besserungsstufen abgefragt: Keine, mäßige, sehr gute Besserung (vgl. Tab. 5.57).

Tabelle 5.57: Behandlungsergebnis in (gültigen) Prozent, § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Besserung?	Alle Probanden	n	Bedingt Entlassene	n
Sozialverhalten:				
Nein	43.1	644	2.6	199
Mäßig	39.2	Missing:	47.1	Missing:
Sehr	17.7	22	50.3	8
Störung komorbid:				
Nein	56.6	274	10.5	82
Mäßig	31.1	Missing:	53.9	Missing:
Sehr	12.4	23	35.5	6
Suchterkrankung:				
Nein	46.2	657	0.5	212
Mäßig	24.5	Missing:	19.9	Missing:
Sehr	29.4	20	79.6	6

Das Sozialverhalten wird bei über 40 % als nicht gebessert eingeschätzt, auch u. U. komorbid vorliegende Störungen scheinen bei über 50 % nicht ausreichend behandelbar zu sein. Nicht günstiger ist das Ergebnis, wenn nach dem Besserungsgrad der Suchterkrankung gefragt wird: Bei über 46 % wird keine positive Veränderung gesehen, allerdings können fast 30 % sehr gut erreicht werden.

Analysiert man nur die Probanden, die bedingt entlassen werden können, ändert sich das Bild. Bei ihnen gelingt es beim Großteil der Probanden in allen drei Kategorien, eine Besserung zu erzielen, häufig auch mit sehr gutem Ergebnis.

Zwischen den beiden Diagnosegruppen zeigen sich keine Unterschiede. Auch das Alter bei Aufnahme, therapeutische Vorerfahrung oder der Delikttyp scheinen keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis zu haben.

5.2.2.10 Zusammenfassung Therapieverlauf

Suchtkranke sind zu über 50 % bis 30 Jahre alt, wenn sie ihre Therapie beginnen. Drogenabhängige sind etwas jünger als Alkoholkranke. In der bundesweiten Strafvollzugsstatistik ist die größte Gruppe der MRV-Patienten älter, zwischen 30 und 40 Jahre (Statistisches Bundesamt, 2005). Hier kann sich die besondere diagnostische Verteilung (mehr Drogen- als Alkoholabhängige) in der Regensburger Klientel bemerkbar machen, da Alkoholiker meist etwas älter sind. Auch Bischoff-Mews (1998) fand in einer reinen Alkoholikerstichprobe ein durchschnittliches Aufnahmealter von 34 Jahren.

Eine Therapie bis zur bedingten Entlassung dauert im Durchschnitt 1 1/2 Jahre und ist damit etwas länger als aus anderen § 64 StGB-Stichproben bekannt (Bischoff-Mews, 1998; Gerl, 2000; Koch, 1988; Seifert & Leygraf, 1999). Während Alter, Diagnose, Familienstand etc. keinen Einfluss auf die Länge haben, kristallisieren sich zwei Faktoren mit Prädiktorqualität heraus: Zum einen unterscheiden sich Gewalttäter und BtM-Täter signifikant. Erstere sind mit durchschnittlich über zwei Jahren deutlich länger in Therapie als Letztere. Zum anderen müssen Probanden mit Substanzmissbrauch während der Therapie länger im MRV bleiben. Dies erklärt sich u. a. damit, dass das Konzept bei einem Rückfall vorsieht, die bisher genehmigten Lockerungen zurückzunehmen, um eine Aufarbeitung zu ermöglichen. Erst nach einer Bewährungszeit kann der Betroffene im Programm voranschreiten.

Die medikamentös-medizinische Behandlung spielt kaum eine Rolle in der forensischen Suchttherapie.

Suchtmittelrückfälle kommen bei über 55 % vor, meist auch mehrfach. Ähnliche Angaben sind aus anderen Arbeiten bekannt (Schalast, 2000). Dabei sind Drogenabhängige signifikant stärker gefährdet als Alkoholiker. Dieser Unterschied wird in anderen Studien bestätigt (Gerl, 2000; Koch, 1988). Rückfällig werden auch Probanden, die bedingt entlassen werden, allerdings reduziert sich der Anteil: Über 50 % bleiben ohne jeglichen Suchtmittelrückfall in ihrer Therapiezeit, auch hier schneiden Alkoholranke, ebenso ältere Probanden signifikant besser ab. Gerl (2000) unterscheidet nach Entlassmodus und kann bestätigen, dass ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Diagnose und Suchtmittelrückfall bzw. Suchtmittelrückfall und Therapieabbruch besteht.

Strafbare Handlungen während der Unterbringung verüben knapp 7 % aller Probanden; in anderen Studien liegt der Anteil bei 5 bis 14 % (Gerl, 2000; Seifert & Leygraf, 1999). Der Entlassmodus steht mit erneuter Straffälligkeit in einem signifikanten Zusammenhang. Bei bedingt Entlassenen reduziert sich dieser Problemanteil auf etwas über 2 %; bei Probanden, die wegen Entweichung oder Therapieabbruch entlassen werden, erhöht er sich auf bis zu 15 %.

Tätlichkeiten sind eher seltene Ereignisse und stehen meist mit einem Therapieabbruch im Zusammenhang; etwas häufiger werden Patienten gegen Mitpatienten als gegen das Personal gewalttätig. Auch in der MRV-Studie von Gerl (2000) werden derart Auffällige, insgesamt liegt der Anteil bei 8.9 % (von 157 Suchtpatienten), in erster Linie gegen Mitpatienten auffällig.

Der Entweicheranteil bleibt unter 20 %. Signifikant häufiger sind darunter Probanden, deren Therapie letztendlich auch als gescheitert erklärt werden muss. Wiederum schneiden Drogenabhängige schlechter ab. In anderen Studien liegt der Anteil ebenfalls unter 20 % (Gerl, 2000; Seifert & Leygraf, 1999); Studien mit reinen Alkoholikerstichproben weisen geringere Quoten auf, so dass hiermit der Eindruck einer diagnostischen Unterschiedlichkeit bestätigt wird (Schmitz, 1993).

Die Therapeuten sehen bei knapp 50 % massive Behandlungsprobleme, meist motivationaler Art; aber auch Minderbegabung, schlechte Deutschkenntnisse und Aggression werden als Problemfaktoren genannt. Interessanterweise werden bei Alkoholikern signifikant mehr Problemfälle beschrieben: Über 60 %. Auch haben deutlich mehr Probanden mit Behandlungsproblemen bereits negative Therapieerfahrungen gemacht.

Die Therapie muss bei knapp 50 % (bei der Hälfte in den ersten drei Monaten) abgebrochen werden, meist wegen defizitärer Therapiemotivation, Gewalt, Regelverstöße etc. Vergleichsdaten liegen kaum vor, die Publizierten liegen meist unter der Regensburger Quote. Bei Gerl (2000), der sowohl Alkohol- wie auch Drogenkranke in seiner Stichprobe erfasst, werden 11.5 % abgebrochen. Gerl muss zudem feststellen, dass insbesondere Drogenabhängige stark gefährdet sind. In seiner Studie werden zweimal so viel Drogenabhängige als Alkoholiker abgebrochen. Dies kann die vorliegende Untersuchung nicht bestätigen. Die forensische Anamnese ist bei Abbrechern nicht sehr unterschiedlich zu der Gesamtstichprobe. Allerdings scheinen das Intelligenzniveau, die Schulbildung, die Anzahl und der Verlauf therapeutischer Vorversuche durchaus einen Einfluss zu haben. Auch sind auffallend viele Migranten aus den ehem. GUS-Staaten unter den Erfolglosen. Versager sind schulisch wie beruflich etwas schlechter gebildet, sie sind häufig nicht familiär gebunden. Ein weiterer Unterschied besteht in der Quantität und Qualität der Therapieprobleme: Entweichungen bzw. Lockerungsübertretungen, Suchtmittelrückfälle, Tötlichkeiten. Hier werden die Gerl'schen Ergebnisse ansatzweise bestätigt, der zu den therapeutischen Problemen schwierigere Sozialisationsbedingungen, frühe manifestierende Abhängigkeit und geringe familiäre Bindung als Misserfolgsprädiktoren vorstellt.

Probanden, die bedingt entlassen werden können, sind nach Einschätzung der Therapeuten in der Therapie auch gut erreicht worden. In allen drei Besserungskategorien (Sozialverhalten, komorbide Störung und Suchterkrankung) bestätigen die Therapeuten bei über 90 % zumindest mäßige, wenn nicht sehr gute Veränderungen. Dabei scheinen

komorbide Störungen, meist handelt es sich um Persönlichkeitsstörungen, etwas problematischer zu sein, aber auch das Sozialverhalten wird vorsichtig-kritisch bewertet.

5.2.3 Therapieabschluss

5.2.3.1 Entlassungsart

Die größte Gruppe der untersuchten Suchtkranken kann die Therapie nicht erfolgreich beenden. Bei 49,5 % (n = 327) wird die Therapie wegen „Aussichtslosigkeit“ vorzeitig abgebrochen. Lediglich 32,1 % (n = 212) schaffen einen regulären Therapieabschluss und können auf Bewährung entlassen werden (vgl. Abb. 5.32).

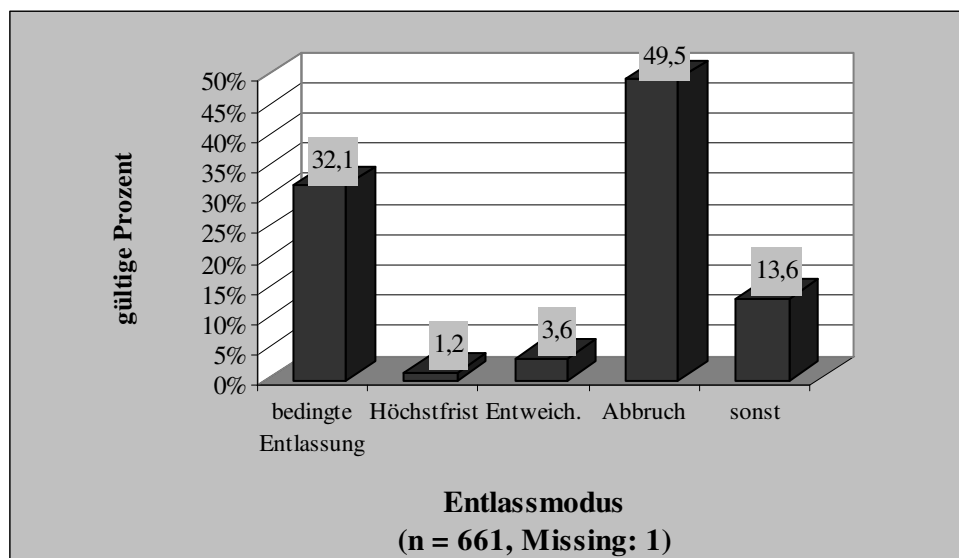


Abbildung 5.32: Entlassungsmodus in (gültigen) Prozent, § 64 StGB-Patienten (n = 662)

24 Probanden entweichen, d. h. sie kehren über einen längeren Zeitraum nicht zurück, so dass die Krankengeschichte vorerst abgeschlossen wird. Unter sonst werden alle weiteren Modi subsumiert: In andere Kliniken werden 36 Probanden verlegt (40 %, n = 90). 38,9 % müssen in eine JVA zur Vollstreckung eines Zwischenvollzuges (einer Haftstrafe aus dem aktuellen oder auch einem anderen Verfahren). Bei 13 ausländischen Probanden ist die Abschiebung aus Deutschland ein Entlassgrund, vier werden innerhalb des Bezirksklinikums verlegt (meist in die offene Suchtabteilung mit einer speziellen Mutter-Kind-Station für Drogenabhängige) und drei Probanden werden entlassen, da die Unterbringung aufgehoben wurde bzw. der Betroffene bei der Gerichtsverhandlung eine Bewährungsstrafe bekommen hat.

Alkoholabhängige (n = 202, Missing: 1) haben eine bedingte Entlassquote von 34.8 %, 50.2 % werden abgebrochen. Andere Entlassformen spielen kaum eine Rolle, lediglich 10.9 % fallen unter sonst, sie werden meist in andere Fachkliniken verlegt. Drogenabhängige (n = 459) werden zu 30.9 % bedingt entlassen; 49.2 % müssen die Therapie abbrechen, 14.6 % fallen unter sonst. Diese Unterschiede sind nicht signifikant: Chi-Quadrat (4, N = 662, Missing: 2) = 5.667, $p > .05$.

Um der Frage nachzugehen, welchen Einflüssen nun die Entlassungsart unterliegt, werden die beiden Hauptgruppen bedingte Entlassung und Abbruch herausgegriffen.

Die Variablen Geschlecht, Dauer der bisherigen Abstinenzphasen, Alter bei erster Straftat und Hafterfahrung haben keinen signifikanten Einfluss ($p > .05$).

Die Variablen Alter bei Aufnahme, Delikttyp, Geburtsland, Beruf, Arbeitssituation vor JVA bzw. Therapieantritt und Tötlichkeiten während der Behandlung sind z. T. derart schwach besetzt, dass eine statistische Analyse nicht sinnvoll ist.

Allerdings kann man beim Item Migration ablesen, dass zumindest die große Gruppe der Probanden aus ehem. GUS-Staaten, mehr Probleme in der Therapie zu haben scheinen als Andere. Klammert man andere Länder aus, so ergibt sich durchaus ein signifikanter Unterschied zwischen Probanden mit Geburtsort in Deutschland und Migranten (vgl. Tab. 5.58).

Tabelle 5.58: Zusammenhang zwischen Herkunft und Entlassmodus, bedingt entlassene bzw. abgebrochene § 64 StGB-Patienten (n = 498)

Geburtsort in...	Bedingte Entlassung: absolute Häufigkeit und %		Abbruch: absolute Häufigkeit und (%)		Gesamt
Deutschland	165	43.2	217	56.8	382
Ehem. GUS-Staaten	35	30.2	81	69.4	116
Gesamt	200	40.2	298	59.8	498 (100.0)

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 6.278, $df = 1$, $p = .012$

Kontinuitätskorrektur: Wert 5.784, $df = 1$, $p = .017$

Likelihood-Quotient: Wert 6.441, $df = 1$, $p = .011$

Anzahl der gültigen Fälle: 498. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 46.59.

Auch das Item Familienstand ist kritisch zu sehen, da 20 % der Zellen eine kleinere erwartete Häufigkeit als fünf haben. Dennoch wird deutlich, dass Probanden mit partnerschaftlichen Bindungen eher bedingt entlassen werden (vgl. Tab. 5.59).

Tabelle 5.59: Zusammenhang zwischen Familienstand und Entlassmodus, bedingt entlassene bzw. abgebrochene § 64 StGB-Patienten (n = 539)

Familienstand	Bedingte Entlassung: absolute Häufigkeit und %		Abbruch: absolute Häufigkeit und %		Gesamt
verheiratet	37	46.3	43	53.8	80
Partnerschaft / eheähnliche Ge- meinschaft	80	65.0	43	35.0	123
geschieden / getrennt lebend	34	38.2	55	61.8	89
alleinstehend	59	25.8	170	74.2	229
verwitwet	1	33.3	2	66.7	3
Gesamt	211	40.3	313	59.7	524 (100.0) Missing: 15

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 52.818, df = 4, p = .000

Likelihood-Quotient: Wert 53.252, df = 4, p = .000

Anzahl der gültigen Fälle: 524. 2 Zellen (20.0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1.21.

Das Item Kinder geht in die gleiche Richtung; je mehr Kinder ein Proband hat, desto eher gelingt der reguläre Therapieabschluss (vgl. Tab. 5.60).

Tabelle 5.60: Zusammenhang zwischen Elternschaft und Entlassmodus, bedingt entlassene bzw. abgebrochene § 64 StGB-Patienten (n = 539)

Kinder	Bedingte Entlassung: absolute Häufigkeit und %		Abbruch: absolute Häufigkeit und %		Gesamt
Kein	107	34.4	204	65.6	311
Ein	54	45.4	65	54.6	119
Zwei	27	50.0	27	50.0	54
Drei	11	57.9	8	42.1	19
Vier und mehr	9	60.0	6	40.0	15
Gesamt	208	40.2	310	59.8	518 (100.0) Missing: 21

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 12.754, df = 4, p = .013

Likelihood-Quotient: Wert 12.646, df = 4, p = .013

Anzahl der gültigen Fälle: 518. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 6.02.

Korrelation (Spearman's Rho): Wert -.154, p = .000.

Sozialkontakte, nicht nur familiäre, wirken sich u. U. positiv aus (vgl. Tab. 5.61-5.63).

Tabelle 5.61: Zusammenhang zwischen Kontakten zur Familie und Entlassmodus, bedingt entlassene bzw. abgebrochene § 64 StGB-Patienten (n = 539)

Kontaktfrequenz	Bedingte Entlassung: absolute Häufigkeit und %		Abbruch: absolute Häufigkeit und %		Gesamt
Nie	23	26.4	64	73.6	87
Gelegentlich	43	23.9	137	76.1	180
Häufig	144	58.5	102	41.5	246
Gesamt	210	40.9	303	59.1	513 (100.0) Missing: 26

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 60.717, df = 2, p = .000

Likelihood-Quotient: Wert 61.969, df = 2, p = .000

Anzahl der gültigen Fälle: 513. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 35.61.

Korrelation (Spearman's SPEARMAN'S Rho): Wert -.318, p = .000.

Tabelle 5.62: Zusammenhang zwischen Kontakten zu Freunden und Entlassmodus, bedingt entlassene bzw. abgebrochene § 64 StGB-Patienten (n = 539)

Kontaktfrequenz	Bedingte Entlassung: absolute Häufigkeit und %		Abbruch: absolute Häufigkeit und %		Gesamt
Nie	22	15.7	118	84.3	140
Gelegentlich	118	44.7	146	55.3	264
Häufig	69	68.3	32	31.7	101
Gesamt	209	41.4	296	58.6	505 (100.0) Missing: 34

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 69.425, df = 2, p = .000

Likelihood-Quotient: Wert 74.096, df = 2, p = .000

Anzahl der gültigen Fälle: 505. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 41.80.

Korrelation (Spearman's Rho): Wert -.371, p = .000.

Gerade der letztangeführte negative Zusammenhang zwischen Kontaktfrequenz und Entlassung (je häufiger Kontakte mit Freunden stattfinden, desto geringer ist die Gefahr eines Therapieabbruches) ist im Vergleich zu anderen Variablen relativ stark ausgeprägt.

Auch wenn der Anteil derer mit Vereinsmitgliedschaft insgesamt nicht sehr hoch ist, kann die soziale Anbindung eine stabilisierende Funktion haben (vgl. Tab. 5.63).

Tabelle 5.63: Zusammenhang zwischen Vereinszugehörigkeit und Entlassmodus, bedingt entlassene bzw. abgebrochene § 64 StGB-Patienten (n = 539)

Mitgliedschaft	Bedingte Entlassung: absolute Häufigkeit und %		Abbruch: absolute Häufigkeit und %		Gesamt
Nein	167	38.8	263	61.2	430
Ja	39	72.2	15	27.8	54
Gesamt	206	42.6	278	57.4	484 (100.0) Missing: 55

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 21.873, df = 1, p = .000

Kontinuitätskorrektur: Wert 20.528, df = 1, p = .000

Likelihood-Quotient: Wert 21.913, df = 1, p = .000

Anzahl der gültigen Fälle: 484. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 22.98.

Der forensische Hintergrund der Patienten wirkt sich ebenfalls z. T. sehr deutlich aus. Das Item Freiheitsstrafe zeigt einen inversen Zusammenhang mit Ausnahme der allerdings sehr gering besetzten Kategorie keine Freiheitsstrafe: Je höher die Freiheitsstrafe ausfällt, desto eher werden die Probanden regulär entlassen (vgl. Tab. 5.64).

Tabelle 5.64: Zusammenhang zwischen Freiheitsstrafe und Entlassmodus, bedingt entlassene bzw. abgebrochene § 64 StGB-Patienten (n = 539)

Höhe der Freiheitsstrafe	Bedingte Entlassung: absolute Häufigkeit und %		Abbruch: absolute Häufigkeit und %		Gesamt
Keine	2	66.7	1	33.3	3
Bis 6 Monate	10	28.6	25	71.4	35
7 bis 12 Mon.	26	25.5	76	74.5	102
13 bis 18 Mon.	19	25.7	55	74.3	74
19 bis 24 Mon.	31	39.2	48	60.8	79
25 bis 30 Mon.	19	40.4	28	59.6	47
31 bis 36 Mon.	25	46.3	29	53.7	54
Über 3 Jahre	80	55.2	65	44.8	145
Gesamt	212	39.3	327	60.7	539 (100.0)

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 32.980, df = 7, p = .000

Likelihood-Quotient: Wert 33.407, df = 7, p = .000

Anzahl der gültigen Fälle: 539. 2 Zellen (12.5 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1.18.

Korrelation (Spearman'sRho): Wert -.226, p = .000.

Auch das Item BZR-Eintrag kann einen Beitrag leisten (vgl. Tab. 5.65). Je mehr Vorstrafen die Probanden haben, desto gefährdeter sind sie bzgl. eines Therapieabbruchs.

Tabelle 5.65: Zusammenhang zwischen Eintrag im Strafregisterauszug und Entlassmodus, bedingt entlassene bzw. abgebrochene § 64 StGB-Patienten (n = 539)

Eintrag	Bedingte Entlassung: absolute Häufigkeit und %		Abbruch: absolute Häufigkeit und %		Gesamt
Unbekannt	8	28.6	20	71.4	28
Keiner	23	69.7	10	30.3	33
1 bis 5	86	43.4	112	56.6	198
6 bis 10	59	35.3	108	64.7	167
11 bis 15	21	31.3	46	68.7	67
16 bis 20	10	30.3	23	69.7	33
Über 20	5	38.5	8	61.5	13
Gesamt	212	39.3	327	60.7	539 (100.0)

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 19.551, df = 6, p = .003

Likelihood-Quotient: Wert 19.384, df = 6, p = .004

Anzahl der gültigen Fälle: 539. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 5.11.

Korrelation (Spearman'sRho): Wert .118, p = .006.

Tabelle 5.66: Zusammenhang zwischen Intelligenzniveau und Entlassmodus, bedingt entlassene bzw. abgebrochene § 64 StGB-Patienten (n = 539)

Intelligenzniveau	Bedingte Entlassung: absolute Häufigkeit und %		Abbruch: absolute Häufigkeit und %		Gesamt
Minderbegabt	3	21.4	11	78.6	14
Unterer Durchschnitt	26	20.3	102	79.7	128
Durchschnittlich	126	40.6	184	59.4	310
Oberer Durchschnitt	43	64.2	24	35.8	67
Überdurchschnittlich	10	76.9	3	23.1	13
Gesamt	208	39.1	324	60.9	532 (100.0) <i>Missing: 7</i>

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 46.629 df = 4, p = .000

Likelihood-Quotient: Wert 47.959, df = 4, p = .000

Anzahl der gültigen Fälle: 532. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 5.08.

Korrelation (Spearman'sRho): Wert -.291, p = .000

Die klinische Anamnese liefert mehrere interessante Einflussvariablen. Das Intelligenzniveau wirkt sich deutlich positiv aus; auch wenn die Zellen sehr unterschiedlich besetzt sind, kann man dennoch gut erkennen, dass es Probanden mit geringem Intelligenzniveau schwerer fällt, die Therapie abzuschließen (vgl. Tab. 5.66).

Im Einklang mit dem Intelligenzniveau steht die Schulbildung, die ebenfalls signifikante Unterschiede darlegt (vgl. Tab. 5.67). Auch wenn die Zellen z. T. unterschiedlich stark besetzt sind, zeigt sich, dass Probanden mit niedrigem Schulabschluss große Probleme haben, eine Therapie regulär zu beenden.

Tabelle 5.67: Zusammenhang zwischen Schulbildung und Entlassmodus, bedingt entlassene bzw. abgebrochene § 64 StGB-Patienten (n = 539)

Schultyp	Bedingte Entlassung: absolute Häufigkeit und %		Abbruch: absolute Häufigkeit und (%)		Gesamt
Förderschule	14	29.2	34	70.8	48
HS ohne qualif. Abschluss	86	32.6	178	67.4	264
HS mit qualif. Abschluss	81	49.7	82	50.3	163
Realschule	20	54.1	17	45.9	37
Gymnasium	6	42.9	8	57.1	14
Sonst	3	75.0	1	25.0	4
Gesamt	210	39.6	320	60.4	530 (100.0) Missing: 9

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 19.959 df = 5, p = .001

Likelihood-Quotient: Wert 19.922, df = 5, p = .001

Anzahl der gültigen Fälle: 530. 2 Zellen (16.7 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1.58.

Das Alter bei Erstmanifestation, überwiegend eher niedrig, wirkt sich in zwei Richtungen aus: Zum einen sind sehr junge Probanden bzgl. eines Abbruchs gefährdet, zum anderen fällt es auch Probanden, die eher spät eine Suchtmittelabhängigkeit entwickeln schwer, sich auf die Therapie einzulassen (vgl. Tab. 5.68).

Tabelle 5.68: Zusammenhang zwischen Alter bei Erstmanifestation und Entlassmodus, bedingt entlassene bzw. abgebrochene § 64 StGB-Patienten (n = 539)

Alter	Bedingte Entlassung: absolute Häufigkeit und %		Abbruch: absolute Häufigkeit und %		Gesamt
Unter 18 Jahre	99	36.3	174	63.7	273
18 bis 25 J.	93	47.9	101	52.1	194
26 bis 35 J.	11	25.6	32	74.4	43
36 bis 45 J.	3	23.1	10	76.9	13
46 bis 55 J.	0		2	100.0	2
Gesamt	206	39.2	319	60.8	525 (100.0) Missing: 14

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 13.251, df = 4, p = .010

Likelihood-Quotient: Wert 14.146, df = 4, p = .007

Anzahl der gültigen Fälle: 525. 2 Zellen (20.0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist .78.

Die Erfahrungen, die Probanden mit Therapie gemacht haben, sind ebenfalls von prä-diktivem Wert. Dabei gilt: Je häufiger therapeutische Behandlungsversuche, gerade mit einem negativen Behandlungsende, stattgefunden haben, desto größer ist die Gefahr des erneuten Scheiterns (vgl. Tab. 5.69 bis 5.71).

Tabelle 5.69: Zusammenhang zwischen stationärer Vorbehandlung und Entlassmodus, bedingt entlassene bzw. abgebrochene § 64 StGB-Patienten (n = 539)

Stationäre Vorbehandlung	Bedingte Entlassung: absolute Häufigkeit und %		Abbruch: absolute Häufigkeit und %		Gesamt
Keine	128	45.1	156	54.9	284
Eine	30	34.5	57	65.5	87
Mehrmals	51	32.1	108	67.9	159
Gesamt	209	39.4	321	606	530 (100.0) Missing: 9

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 8.275, df = 2, p = .016

Likelihood-Quotient: Wert 8.333, df = 2, p = .016

Anzahl der gültigen Fälle: 530. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 34.31.

Korrelation (Spearman'sRho): Wert .123, p = .004.

Tabelle 5.70: Zusammenhang zwischen Vorbehandlung im Maßregelvollzug und Entlassmodus, bedingt entlassene bzw. abgebrochene § 64 StGB-Patienten (n = 539)

Stationäre Vorbehandlung im MRV	Bedingte Entlassung: absolute Häufigkeit und %		Abbruch: absolute Häufigkeit und %		Gesamt
Keine	180	43.7	232	56.3	412
Eine	30	28.3	76	71.7	106
Mehrmals	2	10.5	17	89.5	19
Gesamt	212	39.5	325	605	537 (100.0) Missing: 2

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 15.265, df = 2, p = .000

Likelihood-Quotient: Wert 16.818, df = 2, p = .000

Anzahl der gültigen Fälle: 537. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 7.50.

Korrelation (Spearman'sRho): Wert .162, p = .000.

Tabelle 5.71: Zusammenhang zwischen vorzeitigem Therapieabbruch in der Vorgeschichte und Entlassmodus, bedingt entlassene bzw. abgebrochene § 64 StGB-Patienten mit Therapieerfahrung (n = 265)

Vorzeitiger Abbruch in der Vorgeschichte	Bedingte Entlassung: absolute Häufigkeit und %		Abbruch: absolute Häufigkeit und %		Gesamt
Keiner	46	43.4	60	56.6	106
Einer	18	23.1	60	76.9	78
Mehrmals	19	23.5	62	76.5	81
Gesamt	83	31.3	182	68.7	265 (100.0)

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 11.978, df = 2, p = .003

Likelihood-Quotient: Wert 11.859, df = 2, p = .003

Anzahl der gültigen Fälle: 265. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 24.43.

Korrelation (Spearman'sRho): Wert .191, p = .002.

Die Behandlungszeit beinhaltet weitere Einflussvariablen. Das Item Entweichung, sehr unterschiedlich besetzt, zeigt deutlich, dass Probanden dann eine Chance auf bedingte Entlassung haben, wenn es ihnen gelingt, den Lockerungsrahmen nicht zu übertreten (vgl. Tab. 5.72).

Tabelle 5.72: Zusammenhang zwischen Entweichung und Entlassmodus, bedingt entlassene bzw. abgebrochene § 64 StGB-Patienten (n = 539)

Entweichung	Bedingte Entlassung: absolute Häufigkeit und %		Abbruch: absolute Häufigkeit und %		Gesamt
Nein	199	43.7	256	56.3	455
Eine	9	14.8	52	85.2	61
Zwei und mehr	3	15.8	16	84.2	19
Gesamt	211	39.4	324	60.6	535 (100.0) Missing: 4

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 23.529, df = 2, p = .000

Likelihood-Quotient: Wert 26.394, df = 2, p = .000

Anzahl der gültigen Fälle: 535. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 7.49.

Korrelation (Spearman's Rho): Wert .209, p = .000.

Auch strafbares Handeln in der Therapie führt in den meisten Fällen zu einem Therapieabbruch (vgl. Tab. 5.73).

Tabelle 5.73: Zusammenhang zwischen Straftaten während der Unterbringung und Entlassmodus, bedingt entlassene bzw. abgebrochene § 64 StGB-Patienten (n = 539)

Straftat	Bedingte Entlassung: absolute Häufigkeit und %		Abbruch: absolute Häufigkeit und %		Gesamt
Nein	205	42.2	281	57.8	486
Ja	5	13.5	32	86.5	37
Gesamt	210	40.2	313	59.8	523 (100.0) Missing: 16

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 11.759, df = 1, p = .001

Kontinuitätskorrektur: Wert 10.596, df = 1, p = .001

Likelihood-Quotient: Wert 13.502, df = 1, p = .000

Anzahl der gültigen Fälle: 523. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 14.86.

Ebenfalls deutlich ist der Einfluss des Items Substanzmissbrauch (vgl. Tab. 5.74). Je häufiger ein Proband rückfällig wird, desto geringer sind die Chancen auf eine reguläre Entlassung.

Tabelle 5.74: Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und Entlassmodus, bedingt entlassene bzw. abgebrochene § 64 StGB-Patienten (n = 539)

Rückfall	Bedingte Entlassung: absolute Häufigkeit und %		Abbruch: absolute Häufigkeit und %		Gesamt
Nein	109	49.3	112	50.7	221
Einer	31	50.0	31	50.0	62
Zwei	25	39.1	39	60.9	64
Drei bis sechs	39	28.3	99	71.7	138
Mehr als sechs	7	14.9	40	85.1	47
Gesamt	211	39.7	321	60.3	532 (100.0) Missing: 7

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 30.939, df = 4, p = .000

Likelihood-Quotient: Wert 32.792, df = 4, p = .000

Anzahl der gültigen Fälle: 532. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 18.64.

Korrelation (Spearman'sRho): Wert .226, p = .000.

Behandlungsprobleme, die den üblichen Rahmen sprengen, lassen eine Therapie häufig scheitern (vgl. Tab. 5.75); nicht einmal 1/4 der davon Betroffenen können die Therapie abschließen. Treten Regelverstöße, motivationale Defizite u. ä. stark in den Vordergrund, kann eine Therapie nicht erfolgreich zu Ende geführt werden.

Tabelle 5.75: Zusammenhang zwischen gravierenden Behandlungsproblemen und Entlassmodus, bedingt entlassene bzw. abgebrochene § 64 StGB-Patienten (n = 539)

Probleme	Bedingte Entlassung: absolute Häufigkeit und %		Abbruch: absolute Häufigkeit und %		Gesamt
Nein	140	62.8	83	37.2	223
Ja	64	22.5	220	77.5	284
Gesamt	204	40.2	303	59.8	507 (100.0) Missing: 12

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 84.136, df = 1, p = .000

Kontinuitätskorrektur: Wert 82.471, df = 1, p = .000

Likelihood-Quotient: Wert 85.900, df = 1, p = .000

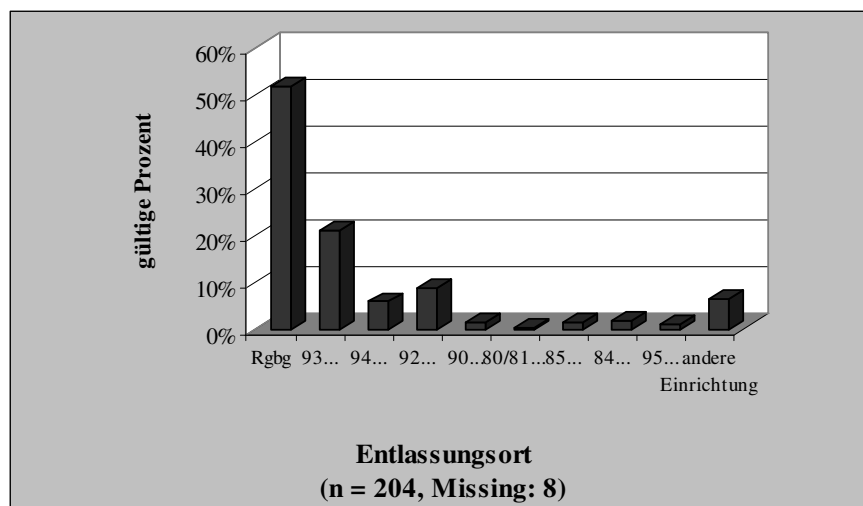
Anzahl der gültigen Fälle: 507. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 89.73.

Eine weitere Analyse (z. B. mit Hilfe einer multiplen linearen Regression) der Variablen hinsichtlich ihres prädiktiven Gehaltes kann nicht durchgeführt werden, da grundlegende Voraussetzungen wie normalverteilte Residuen nicht gegeben sind.

5.2.3.2 Entlassungsort

Über die Hälfte der bedingt Entlassenen ($n = 212$, Missing: 8) bleiben im Stadtgebiet Regensburg wohnen (vgl. Abb. 5.33). Mehr als 20 % ziehen in das Umland. 13 Probanden können die Therapie regulär abschließen, werden aber nicht in eine eigene Wohnung entlassen, sondern in eine andere Einrichtung (meist Übergangs- oder auch Langzeiteinrichtungen).



Anmerkung: Rgbg = Regensburg, 93... = Regensburg Landkreis, 94... = Passau, 92... = Amberg, 90... = Nürnberg, 80/81... = München, 85... = Ingolstadt, 84... = Landshut, 95... = Hof (Postleitzahlen).

Abbildung 5.33: Entlassungsort (Städte und Landkreise), bedingt entlassene § 64er-Patienten ($n = 212$)

5.2.3.3 Weisungen

Vom Gericht werden 204 Probanden (99.5 %) Weisungen auferlegt. Ein Proband erhält keine Auflagen, bei sieben können die Interviewer keine Angaben (mehr) machen (vgl. Tab. 5.76). Nahezu alle Probanden haben die Weisung, abstinente bzgl. ihres Suchtmittels zu leben und dies auch in diversen Kontrollen nachzuweisen. Auch die ambulante Nachsorge, gemeint sind die meist monatlich stattfindenden Gespräche bei Suchttherapeuten der eigenen forensischen Ambulanz, der Suchtberatungsstelle bzw. bei niederge-

lassenen Psychotherapeuten, stellt eine sehr häufig erteilte Weisung dar. Änderungen bei Wohnsitz oder Arbeitsplatz müssen über 70 % an die Bewährungshilfe melden. Kontakt zum Bewährungshelfer müssen alle bedingt entlassenen Probanden halten; dies stellt eine obligatorische Weisung dar, daher wird sie von vielen Interviewern nicht gesondert angegeben. Bei wenigen Probanden scheint eine Anbindung an eine Selbsthilfegruppe noch während der Therapie gelungen zu sein bzw. gerade für Drogenkranke gibt es häufig keine geeigneten Angebote. Daher spielt diese Weisung eine geringe Rolle.

Tabelle 5.76: Weisungen, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 212)

	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 200 - 203)
Abstinenz	186	91.6 (Missing: 9)
Ambulante Nachsorge	181	89.2 (Missing: 9)
Abstinenzkontrollen (Drogenscreening, CDT-Wert-Bestimmung etc.)	179	88.6 (Missing: 10)
Meldung von Wohnsitz- oder Arbeitsplatzwechsel	155	76.7 (Missing: 10)
Kontakt zum Bewährungshelfer, Betreuer	94	47.0 (Missing: 12)
Weitere:	65	32.2 (Missing: 10)
Kontakt zur Agentur für Arbeit bei Arbeitslosigkeit	36	
Stationäre Therapie	1	
Beendigung einer berufl. Wiedereingliederungsmaßnahme	5	
Fernbleiben von der Drogenszene	4	
Ambulante Therapie	4	
Selbsthilfegruppe	37	18.3 (Missing: 10)
Komplementäre Einrichtung	18	8.9 (Missing: 10)
Gesamt: Weisungen / Probanden	915 / 212	

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

5.2.3.4 Betreuer und Bewährungshelfer

Bewährungshelfer, die nach einer bedingten Entlassung allen Probanden an die Seite gestellt werden, sind den Therapeuten nur bei 46.7 % bekannt (n = 212, Missing: 13).

Bei mehr als der Hälfte ist vor der Entlassung über den Therapeuten kein Kontakt zur Bewährungshilfe bzw. dem zuständigen Bewährungshelfer aufgenommen worden.

Eine gesetzlich geregelte Betreuung spielt bei Suchtkranken kaum eine Rolle; nur 4 % stehen unter Betreuung (n = 212, Missing: 10). Aufgrund der geringen Zellenbesetzung kann zwar keine statistische Signifikanzprüfung durchgeführt werden, es zeigt sich dennoch in der Tendenz, dass in erster Linie Alkoholabhängige einen Betreuer haben: 9 % (n = 67) vs. 1.5 % bei den 135 Drogenabhängigen. Damit sind 75 % der Betreuten (n = 8) alkoholabhängig.

5.2.3.5 Arbeit

Über 60 % der bedingt Entlassenen gelingt es, bei Entlassung eine reguläre Arbeitsstelle zu haben, überwiegend sogar als Vollzeitjob (vgl. Abb. 5.34).

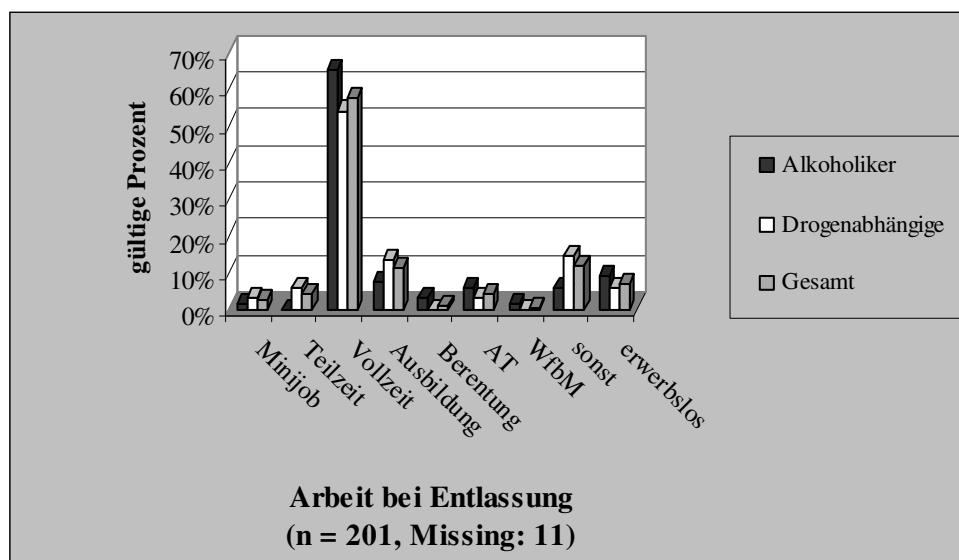


Abbildung 5.34: Arbeitssituation bei Entlassung und Diagnosetyp, Alkohol- (n = 66), Drogenabhängige (n = 135) und Gesamtstichprobe (n = 201), bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 212)

Unter sonst (n = 24) sind neun Probanden, bei denen zum Entlasszeitpunkt eine Arbeitsaufnahme geplant bzw. vorbereitet ist, vier Probanden können sich selbständig machen, je drei sind erwerbsunfähig oder besuchen eine Maßnahme der Arbeitsagentur für Arbeit. Ein Proband kommt in einer Regensburger Wiedereingliederungsmaßnahme (Werkhof) unter. Immerhin 23 Probanden versuchen, sich beruflich zu qualifizieren und haben eine Ausbildung begonnen. 11 Probanden sind berentet bzw. in beschützten Arbeitsstellen. Die Erwerbslosenquote liegt bei 7 %. Bei diesen Probanden ist es nicht

gelingen, eine Betätigungsmöglichkeit zu finden. Einer bedingten Entlassung steht dieses Defizit nicht im Wege.

Zwar kann aufgrund der geringen Zellenbesetzung keine statistisch abgesicherte Aussage getroffen werden, dennoch zeigt ein Vergleich der beiden Diagnosegruppen, dass insbesondere Alkoholiker gut in der Lage sind, eine sozialversicherungspflichtige Vollzeitstelle zu bekommen und auch zu halten (65.2 %). Auf der anderen Seite sind es ebenfalls Alkoholiker, die mit 9.1 % über dem allgemeinen Arbeitslosendurchschnitt liegen. Ihr Anteil an Probanden, die nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt unterkommen können, liegt über dem der Drogenabhängigen. Drogenabhängige – meist auch jünger als Alkoholiker – fangen etwas eher eine Ausbildung an (13.3 %).

5.2.3.6 Wohnen

Die häufigste Wohnform bei bedingt Entlassenen ist das selbständige Wohnen mit einem Partner bzw. der Familie (50.5 %, n = 212, Missing: 6). 39.8 % leben alleine.

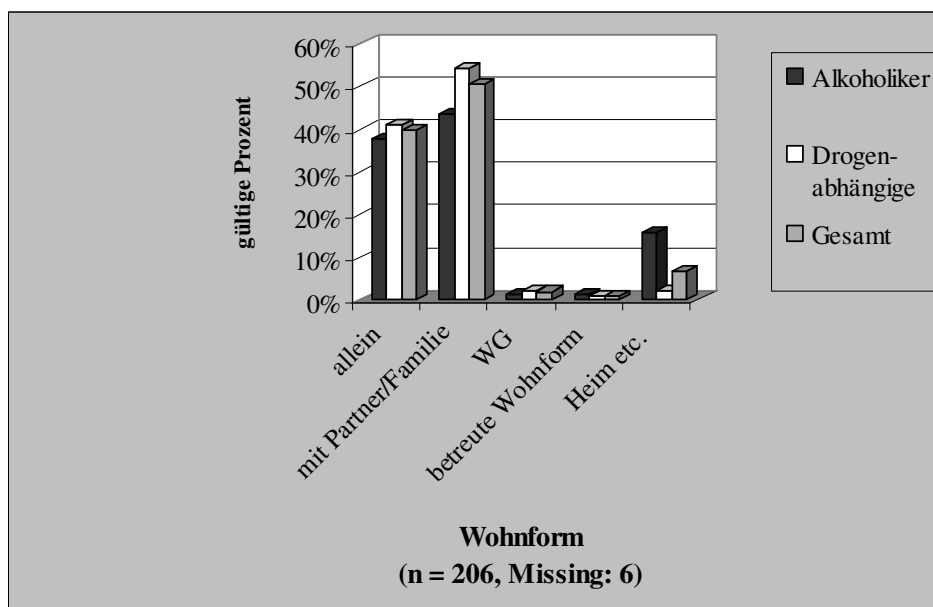


Abbildung 5.35: Wohnen und Diagnosetyp, Alkohol- (n = 69), Drogenabhängige (n = 137) und Gesamtstichprobe (n = 206), bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 212)

Mit Anderen teilen sich vier Probanden eine Wohnung. Betreut leben 16 Probanden, davon 14 in einem Heim bzw. einer sozialtherapeutischen Übergangseinrichtung.

Wiederum nicht statistisch abzusichern, dennoch als Hinweis verwertbar sind diagnostische Unterschiede (vgl. Abb. 5.35). 17.3 % der 69 alkoholkranken Probanden

können nicht ohne weitere Begleitung entlassen werden. Dies ist nur bei 2.9 % der 137 Drogenabhängigen der Fall. Dabei ist anzumerken, dass es für letztgenannte Gruppe sehr viel weniger Einrichtungen gibt.

5.2.3.7 Finanzielle Situation

Die Therapeuten geben bei 91.7 % der 212 bedingt Entlassenen (Missing: 7) an, die finanzielle Situation sei gesichert.

(1) Einkommen

Bei 70.1 % (n = 212, Missing: 11) reicht der Arbeitslohn zur Bestreitung der Lebenshaltungskosten aus. 21 Probanden erhalten Lohnersatzleistungen, 8 % Sozialhilfe bzw. die Grundsicherung. Die im Vergleich mit anderen Kategorien erst spät eingeführte Antwortmöglichkeit Hartz IV trifft entsprechend selten zu: 1 %. Die anderen Probanden geben insbesondere finanzielle Unterstützungen durch die Familie oder auch vom Staat an; drei Probanden verdienen aus ihrer Selbständigkeit genug, um davon leben zu können; zwei erhalten eine Rente und die übrigen bestreiten die Kosten aus einer finanziellen Mischform (familiäre Unterstützung, Sozialhilfe etc.).

Die Diagnosegruppen unterscheiden sich nicht nennenswert. Allerdings leben etwas mehr Drogenabhängige von Sozialhilfe als Alkoholiker (10.4 % vs. 3 %, n = 134 bzw. 67).

(2) Schulden

Die Schuldensituation lässt sich häufig erst im Laufe der Therapie wirklich klären, daher muss bei vielen Probanden der Gesamtstichprobe dieses Item unbeantwortet bleiben: Missing: 241). Nur von 421 ist demnach bekannt, ob sie Schulden haben; dies trifft auf 68.4 % zu.

Analysiert man nur bedingt Entlassene, reduziert sich der Schuldenanteil nicht: Bei 27.1 % existieren keine Schulden zum Entlasszeitpunkt (n = 212 Probanden, Missing: 8, ein Proband macht widersprüchliche Angaben). Bei 140 der 148 Probanden mit Schulden ist eine Regulierung geplant (37 Probanden) bzw. hat bereits begonnen (103 Probanden). 25.5 % werden durch die Schuldnerberatung unterstützt. Pfändungen haben nur bei zwei Probanden stattgefunden. Die Diagnosegruppen unterscheiden sich in der Schuldensituation nicht signifikant: Chi-Quadrat-Test (1, n = 203) = .017, $p > .05$.

5.2.3.8 Familienstand

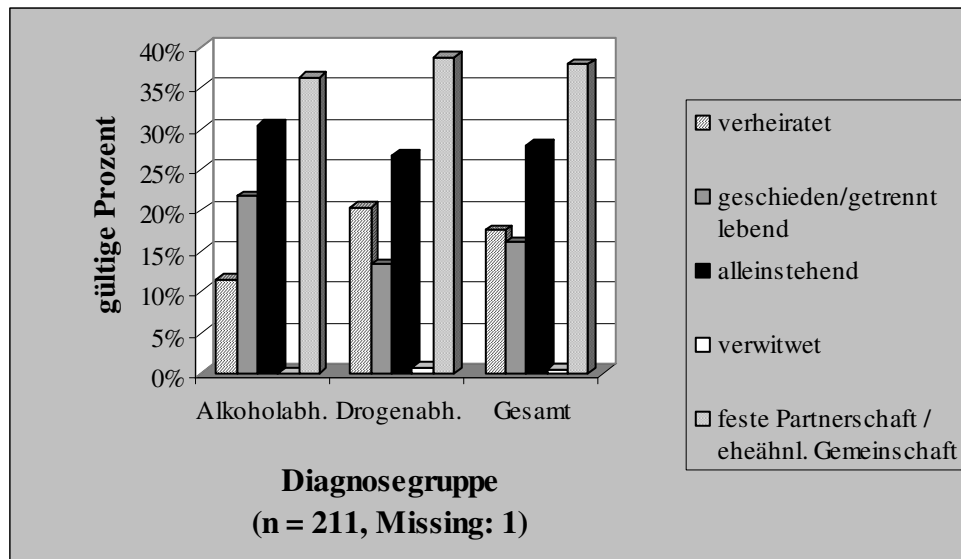
In der Gesamtstichprobe sind sehr viele Probanden alleinstehend: 45.9 % (n = 662, Missing: 21). 17.9 % sind geschieden oder leben getrennt. Drei Probanden sind verwitwet. Einen Partner haben 21.2 %. 14.5 % sind verheiratet.

Zwischen den Diagnosegruppen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede: Chi-Quadrat-Test (4, n = 640) = 9.091, $p > .05$. Auch die Variable Geschlecht trägt nichts zur Differenzierung bei: Chi-Quadrat-Test (4, n = 641) = 5.940, $p > .05$.

Das Alter bei Aufnahme dagegen scheint durchaus einen Einfluss zu haben, kann aber aufgrund der geringen erwarteten Häufigkeit (unter fünf) in 49.1 % der Zellen nicht statistisch abgesichert werden: Chi-Quadrat-Test (40, n = 641) = 129.413, $p = .000$. Die Quote der Verheirateten steigt mit zunehmendem Alter an, um dann ab dem mittleren Alter wieder abzunehmen. Entsprechend erhöht sich ab höheren Altersklassen die Zahl der Geschiedenen (bei über 60-Jährigen steigt sie auf 67 %). Junge Probanden, unter 25 Jahre, sind überwiegend alleinstehend, Partnerschaften bzw. eheähnliche Gemeinschaften nehmen erst an Bedeutung zu.

Bei bedingt Entlassenen ist der Anteil derer mit Partner deutlich höher als in der Gesamtstichprobe: 55.4 % (n = 212, Missing: 1). 16 % sind geschieden, ein Proband verwitwet. 28 % sind alleinstehend.

Auch bei bedingt Entlassenen sind die Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen nicht signifikant (zu beachten ist der grenzwertig hohe Anteil der Zellen mit geringer erwarteter Häufigkeit). 47.8 % der Alkoholiker haben einen (Ehe-) Partner, bei Drogenabhängigen liegt der Anteil bei 59.1 % (vgl. Abb. 5.36). Dagegen ist der Anteil der Geschiedenen bei Alkoholkranken höher: 21.7 vs. 13.4 %.



Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 4.864, df = 4, p = .302

Likelihood-Quotient: Wert 5.230, df = 4, p = .265

Anzahl der gültigen Fälle: 211. 2 Zellen (20 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist .33.

Abbildung 5.36: Familienstand und Diagnosetyp, Alkohol- (n = 69), Drogenabhängige (n = 142) und Gesamtstichprobe (n = 211), bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 212)

5.2.3.9 Kinder

60.5 % aller Suchtkranken haben keine Kinder (n = 662, Missing: 29). Ein Kind haben 22.1 %, zwei Kinder 11.5 %, drei Kinder 3.2 % und vier und mehr Kinder 2.7 %.

Die Diagnosegruppen unterscheiden sich signifikant: Drogenabhängige sind eher kinderlos bzw. haben weniger Kinder als Alkoholiker (vgl. Tab. 5.77).

Unter den bedingt Entlassenen liegt der kinderlose Anteil bei 51.4 % (n = 212, Missing: 4). 1/4 haben ein Kind, 13 % zwei, 11 Probanden drei und neun Probanden vier und mehr. In der Tendenz zeigen sich ähnliche Verteilungen wie in der Gesamtstichprobe, wenn man nach Diagnosetyp unterscheidet (vgl. Abb. 5.37). Zu beachten ist die grenzwertig hohe Zahl der Zellen mit geringer erwarteter Häufigkeit.

Tabelle 5.77: Zusammenhang zwischen Elternschaft und Diagnosetyp (in absoluten Häufigkeiten), § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Kind	Alkoholiker	Drogenabhängige	Gesamt
Kein	110	272	382
Ein	40	100	140
Zwei	19	54	73
Drei	11	9	20
Vier und mehr	10	7	17
Gesamt	190	442	632 <i>Missing: 30</i>

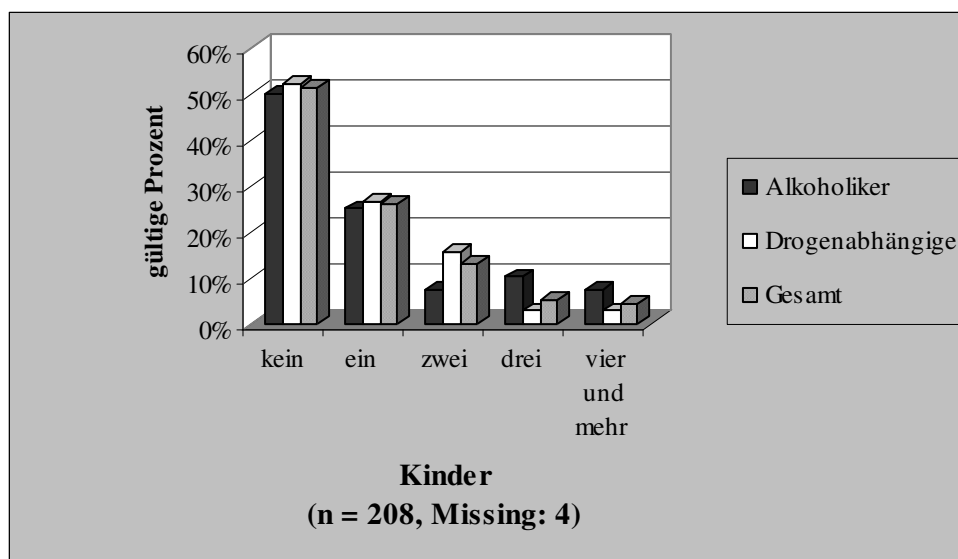
Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 13.609, df = 4, p = .009

Likelihood-Quotient: Wert 12.386, df = 4, p = .015

Anzahl der gültigen Fälle: 632. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 5.11.



Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 9.467, df = 4, p = .050

Likelihood-Quotient: Wert 9.183, df = 4, p = .057

Anzahl der gültigen Fälle: 208. 2 Zellen (20 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2.94.

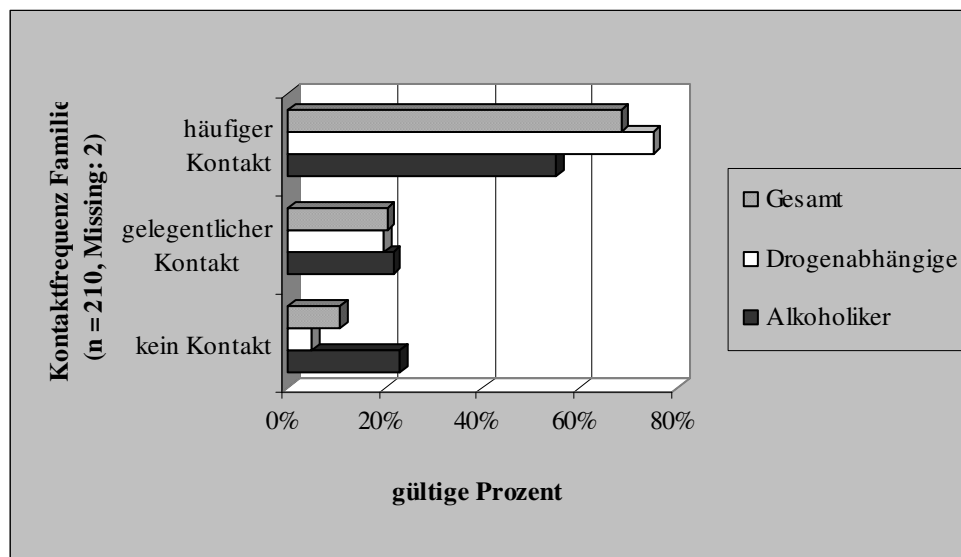
Abbildung 5.37: Kinder und Diagnosetyp, Alkohol- (n = 68), Drogenabhängige (n = 140) und Gesamtstichprobe (n = 208), bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 212)

5.2.3.10 Kontaktverhalten

(1) Sozialkontakte

Zur Familie haben 36.9 % aller Suchtkranken gelegentlich und 46.5 % häufig Kontakt ($n = 662$, Missing: 41). Nur 16.6 % haben jeglichen Kontakt abgebrochen. Der Missing-Anteil ist allerdings recht hoch; bei vielen Probanden – häufig Gescheiterte – sind die Therapeuten nicht in der Lage, darüber Auskunft zu geben, oder stufen das Item als weniger interessant ein.

Bei bedingt Entlassenen fehlen weniger Probanden ($n = 212$, Missing: 2); von 43 Probanden (20.5 %) ist ein gelegentlicher Kontakt und von 144 Probanden (68.6 %) ein häufiger Kontakt bekannt. Hier sind nur 11 % ohne familiäre Verbindungen (vgl. Abb. 5.38).



Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 16.859, $df = 2$, $p = .000$

Likelihood-Quotient: Wert 15.842, $df = 2$, $p = .000$

Anzahl der gültigen Fälle: 210. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 7.56.

Korrelation (Spearman's Rho): Wert .235, $p = .001$.

Abbildung 5.38: Familiäre Kontakte und Diagnosetyp, Alkohol- ($n = 69$), Drogenabhängige ($n = 141$) und Gesamtstichprobe ($n = 210$), bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten ($n = 212$)

Zwischen den Diagnosegruppen zeigen sich deutliche Unterschiede: Während Alkoholiker keinen oder aber häufigen Kontakt haben, sind Drogenabhängige zu über 75 % familiär eingebunden.

Zu Freunden besteht bei 28.7 % der Gesamtstichprobe (n = 662, Missing: 53) kein Kontakt. 51.9 % sehen oder sprechen sie gelegentlich, 19.4 % häufig.

Auch dieses Item kann bei bedingt Entlassenen eher beantwortet werden, da der Beobachtungszeitraum länger ist (n = 212, Missing: 3). Der Anteil der Probanden ohne freundschaftliche Beziehungen liegt bei 10.5 %. Über die Hälfte (56.5 %) stehen unregelmäßig in Kontakt, 1/3 pflegen die Freundschaft.

Ebenso unterscheiden sich die Diagnosegruppen in dieser Teilstichprobe signifikant: Drogenabhängige (n = 68) haben häufiger Freundeskontakte (92.9 vs. 82.4 %). Alkoholiker (n = 141) pflegen allerdings ihre Freundschaften etwas intensiver (häufiger Kontakt bei 35.3 vs. 31.9 %; Chi-Quadrat-Test (2, n = 209) = 6.592, $p < .05$).

(2) Vereinszugehörigkeit

Einem Verein gehören 60 Probanden der Gesamtstichprobe (n = 662, Missing: 85) an. Analysiert man nur die bedingt Entlassenen, fehlen weitaus weniger Angaben (n = 212, Missing: 6).

Aber auch in dieser Subgruppe spielen Vereine eine geringe Rolle: Nur 18.9 % sind Mitglieder. Meist handelt es sich um Sportvereine (häufig Fitnessclub), die die Patienten bereits während der Therapie in Stufen mit dafür geeignetem Lockerungsstatus besuchen.

(3) Freizeitverhalten

Das Freizeitverhalten wird erst in höheren Therapiestufen interessant und für eine Entlassung relevant. Daher werden nur bedingt Entlassene untersucht. Von 190 Probanden liegen Angaben vor, bei 22 Probanden können die Interviewer nichts über das Freizeitverhalten aussagen.

Bei 56.8 % schätzen die Therapeuten das Verhalten insgesamt als aktiv ein; d. h. die Betroffenen gehen regelmäßig einer Beschäftigung nach, stehen dabei u. U. auch in einem sozialen Kontakt, die Betätigung hat kreatives Potential. Gerade der Sport spielt eine große Rolle (bei 50 Probanden). Aber auch Freunde und Familie, aktives Mitwirken im Verein (24 bzw. 22 mal genannt) sind wichtig. Weitere Nennungen sind zeitin-

tensive Hobbies wie Modellbau, regelmäßige Besuche von Abendveranstaltungen (Disco, Kino etc.) und Besuch der Selbsthilfegruppe bzw. ihrer Aktivitäten.

Bei 82 Probanden dagegen stehen unregelmäßige, eher konsumierende Verhaltensweisen ohne Sozialkontakte im Vordergrund. Viele Patienten gehen alleine Spazieren, treiben Einzelsportarten, sitzen vor TV oder PC.

5.2.3.11 Zusammenfassung Therapieabschluss

Nicht einmal 1/3 schafft es, die Therapie regulär abzuschließen, d. h. auf Bewährung entlassen zu werden. Die Abbrecherquote liegt bei knapp 50 %. Da häufig in anderen Studien Abbrecher explizit ausgeschlossen werden, liegen wenig Referenzdaten vor. So kann Schalast (2000) lediglich berichten, dass 1/5 seiner Untersuchungsgruppe ($n = 83$) nach einem Jahr meist wegen Therapieabbruch den Maßregelvollzug bereits verlassen haben. Bei 3/5 kann zumindest eine Aussetzung der Maßregel zur Bewährung erwartet werden. Grundsätzlich ist ein Vergleich mit anderen Kliniken aufgrund von Unterschiedlichkeiten in Klientel, Rechtssprechungspraxis etc. gerade in der Frage der Entlassmodi schwierig. Dennoch kann man resümieren, dass die Quote der Erfolgslosen in der vorliegenden Stichprobe hoch ist. Andere Studien gehen von Entlassanteilen von etwa 50 % aus (Gerl, 2000, Leygraf, 1995).

Der Versuch, Prädiktoren für einen erfolgreichen bzw. erfolglosen Abschluss zu extrahieren, gestaltet sich angesichts der Verletzungen diverser statistischer Grundvoraussetzungen problematisch. Da nur Analysemethoden mit geringen Anforderungen angewendet werden können, ist bei der Ergebnisinterpretation Vorsicht geboten.

Keine Aussage kann man bzgl. des Einflusses der Variablen Aufnahmealter, Delikttyp, Beruf, Arbeitssituation vor Therapie und Tätlichkeiten in der Behandlung treffen. Das Item Herkunftsland kann dann etwas zur Interpretation beitragen, wenn nur die beiden Länder mit der größten Besetzung analysiert werden. Tabelle 5.78 gibt einen Überblick über die Variableneinflüsse.

Tabelle 5.78: Variablen mit prädiktivem Gehalt für bedingte Entlassung oder Abbruch, Chi-Quadrat-Tests, bedingt entlassene bzw. abgebrochene § 64 StGB-Patienten (n = 539)

Variable	Zusammenhang mit Entlassung: Bedingte Entlassung oder Abbruch
Diagnose	n.s.
Geschlecht	n.s.
Abstinenz Erfahrung	n.s.
Ersttatalalter	n.s.
<i>Hafterfahrung</i>	n.s.
Herkunft: Deutschland oder GUS-Staaten	*
Familienstand	***
Elternschaft	**
Kontakt zur Familie	***
Kontakt zu Freunden	***
Vereinsmitgliedschaft	***
Freiheitsstrafe	***
BZR-Eintrag	**
IQ	***
<i>Schulbildung</i>	**
<i>Alter bei Erstmanifestation</i>	**
Stationäre Vorbehandlung	*
Vorbehandlung im MRV	***
<i>Früherer vorzeitiger Therapieabbruch</i>	**
<i>Entweichung</i>	***
Straftaten während Unterbringung	**
<i>Substanzmissbrauch in Therapie</i>	***
Behandlungsprobleme	***

Anmerkung: n.s. = nicht signifikant; * < .05; ** < .01; *** < .001.

Die mit anderen Studien übereinstimmenden Faktoreinflüsse werden *kursiv* geschrieben.

Gerl (2000) kann in seiner Studie nur Hinweise auf potentielle Prädiktoren für einen ungünstigen Therapieverlauf erkennen; die Variablen niedriger Bildungsstand, frühe manifestierende Abhängigkeit, Entweichungen und Suchtmittelrückfälle können in der vorliegenden Analyse ebenfalls als signifikant in ihrem Zusammenhang mit der Entlassart dargestellt werden. Im Gegensatz zur Gerl'schen Vergleichsstudie scheint eine höhere Freiheitsstrafe eher für eine bedingte Entlassung zu sprechen. Auch kann Gerl keine Hinweise bei MRV-Vorerfahrung und Straftaten während der Unterbringung finden. Die Variable Hafterfahrung liefert in beiden Studien keinen signifikanten Zusammenhang. In Übereinstimmung mit Leygraf (1995) steht das Ergebnis, dass frühere The-

rapieabbrüche eher für einen ungünstigen Therapieverlauf sprechen. Auch in seiner Studie spielt die Hafterfahrung kaum eine Rolle; im Gegensatz zur vorliegenden Arbeit kann er allerdings auch bei der Vorstrafenbelastung nur geringe Zusammenhänge darlegen. Schalast (2000) extrahiert als Faktoren für einen negativen Verlauf in Übereinstimmung mit der vorliegenden Studie, frühen Suchtmittelmissbrauchbeginn und fehlenden Schulabschluss. Polytoxikomanie statt nur Alkoholmissbrauch, jugendliches Alter bei Ersttat und niedriges Alter bei Aufnahme werden von ihm ebenfalls als relevant beschrieben. Keine Rolle spielen im Gegensatz zur Regensburger Auswertung die Anzahl der Vorstrafen und die Hafterfahrung, die allerdings in der vorliegenden Arbeit ebenfalls nicht von Bedeutung zu sein scheint.

Nach einer Therapie bleiben die meisten Probanden in Regensburg und Umgebung. Sie stehen unter Aufsicht der Bewährungshilfe, erhalten sehr häufig die Weisungen Abstinenz, -kontrollen, ambulante Nachsorge, Änderungsmitteilungen an die Bewährungshilfe etc. Obwohl die Bewährungshilfe nach einer bedingten Entlassung eine große Rolle spielt, ist sie während der Therapie häufig in keiner Form präsent. Bei über 50 % wissen die Therapeuten bei Entlassung nicht, wer als Bewährungshelfer dem Patienten zur Seite gestellt wird. Gesetzliche Betreuungen sind sehr selten, etwas mehr bei Alkoholikern.

Die Arbeitssituation nach einer bedingten Entlassung ist nicht optimal, aber angesichts der aktuellen Arbeitsmarktlage zufriedenstellend. Über 60 % sind zum Entlasszeitpunkt in Arbeit, überwiegend in Vollzeit. Die Arbeitslosenquote liegt bei 7 %. Hier von sind etwas mehr Alkoholiker betroffen. Auch andere, nicht ausschließlich forensische Studien bestätigen, dass es nicht bei allen Probanden gelingt, sie schulisch oder beruflich zu integrieren (Thiel, 2001; Schneider & Schulz, 1990).

Überwiegend beziehen die Probanden eine eigene Wohnung bzw. kehren zu ihren Familien / Partnern zurück. Bei Alkoholkranken ist eher eine weitere Begleitung notwendig als bei Drogenabhängigen. Fast 20 % werden in eine betreute WG oder sogar in eine weiterführende Einrichtung mit mehr oder weniger deutlichem Heimcharakter entlassen. Auch in anderen Alkoholikerstudien sind einige Probanden nicht in der Lage, aus dem MRV direkt nach Haus entlassen zu werden (Bischoff-Mews, 1998).

Die finanzielle Situation ist bei bedingt Entlassenen meist gesichert, überwiegend bestreiten sie ihre Lebenshaltungskosten mit dem Arbeitslohn. Schulden haben sehr viele Suchtkranke (knapp 70 %); bei bedingt Entlassenen gelingt es meist, eine Regulie-

rung bereits während der Therapie zu planen oder zu beginnen. Bei 1/4 unterstützt dies die Schuldnerberatungsstelle.

Verheiratet oder in Partnerschaft sind mehr als 1/3 der Gesamtstichprobe. Auch in der Strafvollzugsstatistik ist der Anteil Lediger immens (Statistisches Bundesamt, 2005): 69 %, bei Drogenabhängigen noch höher (72 %). Die Diagnosegruppen unterscheiden sich in der vorliegenden Studie ebenso wenig wie die Geschlechter. Das Alter dagegen hat zumindest in der Tendenz einen Einfluss derart, dass junge Probanden meist alleinstehend sind, mit zunehmendem Alter eher eine Partnerschaft eingehen. Patienten mittleren bzw. höheren Alters sind häufiger geschieden. Der Familienstand hat sich als signifikanter Faktor für die Entlassungsart herausgestellt, entsprechend höher ist der Anteil der in Partnerschaft lebenden Probanden bei bedingt Entlassenen (über 55 %).

Analysiert man alle Suchtkranken, ist der Anteil der Kinderlosen hoch (über 60 %). Bei bedingt Entlassenen reduziert sich dieser auf etwas über 50 %. Signifikant ist der Unterschied nach Diagnosegruppe: Alkoholiker sind häufiger Eltern, haben auch meist mehr Kinder als Drogenabhängige. Auch Elternschaft hat sich als wichtiger Prädiktor für eine bedingte Entlassung erwiesen.

Das Kontaktverhalten, ein wichtiger Faktor für eine bedingte Entlassung, ist bei Drogenabhängigen als recht gut zu bezeichnen, d. h. die meisten haben gute familiäre und freundschaftliche Bindungen. Bei Alkoholikern dagegen scheint sich das Kontaktverhalten auf zwei Polen zu bewegen: Keinen oder häufigen Kontakt. In einem Verein sind nur wenige Probanden Mitglied. Auch während einer Therapie mit regulärem Abschluss gelingt eine derartige Integration nur bei knapp 20 % (meist handelt es sich dann um Sportvereine). Obwohl in einer Suchtentwöhnungstherapie die Tagesstrukturierung eine bedeutende Rolle spielt, scheint es für forensische Patienten schwierig, im Bereich Freizeit geeignete Aktivitäten auszuprobieren bzw. in ihren Tagesablauf dauerhaft einzubauen. Bei über 40 % der bedingt Entlassenen müssen die Therapeuten noch zum Behandlungsende einen eher passiven, konsumierenden und wenig nach außen gerichteten Umgang mit Freizeit feststellen. Bei anderen wiederum stehen sportliche Aktivitäten (Fußball, Fitnessclub etc.) stark im Vordergrund, aber auch intensive und aktivitätsreiche Kontakte mit Familie und Freunden können das Freizeitleben gut ausfüllen.

5.2.4 Probandeninterviews

5.2.4.1 Therapiebewertung

Auch die Suchtkranken werden gebeten, die Therapie bzw. einzelne Module anhand einer dreistufigen Skala zu bewerten. Zunächst werden die Angaben aller Probanden vorgestellt.

Tabelle 5.79: Modulbewertung in Häufigkeiten § 64 StGB-Patienten (n = 662)

	negativ	Neutral	Positiv	Gesamt
Gruppentherapie	32 (9.6%)	79 (23.6%)	224 (66.9%)	335 (100%) <i>Missing: 327, davon 44 Verweigerer</i>
Einzelspsychotherapie	79 (24.0%)	38 (11.6%)	272 (82.7%)	329 (100%) <i>Missing: 333, davon 43 Verweigerer</i>
Sozialpädagogische Behandlung	31 (9.7%)	93 (29.2%)	195 (61.1%)	319 (100%) <i>Missing: 343, davon 44 Verweigerer</i>
Pflegerische Behandlung	36 (10.6%)	79 (23.2%)	225 (66.2%)	340 (100%) <i>Missing: 322, davon 43 Verweigerer</i>
Medizinische Behandlung	51 (16.0%)	90 (28.3%)	177 (55.7%)	318 (100%) <i>Missing: 344, davon 47 Verweigerer</i>
Pflegegespräche	24 (7.3%)	65 (19.6%)	240 (72.9%)	329 (100%) <i>Missing: 333, davon 44 Verweigerer</i>
Beschäftigungstherapie	62 (18.5%)	74 (22.1%)	199 (59.4%)	335 (100%) <i>Missing: 327, davon 43 Verweigerer</i>
Arbeitstherapie	35 (13.1%)	42 (15.7%)	191 (71.3%)	268 (100%) <i>Missing: 394, davon 43 Verweigerer</i>
Sporttherapie	15 (8.4%)	30 (16.9%)	133 (74.7%)	178 (100%) <i>Missing: 484, davon 28 Verweigerer</i>
Freizeitaktivitäten	46 (15.3%)	81 (27.0%)	173 (57.7%)	300 (100%) <i>Missing: 362, davon 43 Verweigerer</i>
Stufenprogramm	53 (17.0%)	96 (30.8%)	163 (52.2%)	312 (100%) <i>Missing: 274, davon 45 Verweigerer</i>
Atmosphäre auf Station	77 (22.8%)	152 (45.0%)	109 (32.2%)	338 (100%) <i>Missing: 324, davon 45 Verweigerer</i>

Es ist zu beachten, dass viele Probanden nicht befragt werden. Bei flüchtigen Probanden und bei denen mit Kurzaufenthalt (weniger als ein Monat) entfällt das Interview. Bei Patienten, deren Therapie abgebrochen wird, halten einige Therapeuten die Beziehung als derart belastet, dass sie kein Interview führen können oder wollen. Auch schwanken die Häufigkeiten der Nennungen bei einzelnen Modulen, da Patienten diese nicht erlebt

haben oder das Modul erst im Verlauf der Studie angeboten und im Fragebogen aufgenommen wurde. Etliche Probanden verweigern eine Befragung bzw. Bewertung einzelner Module. Die Anzahl der Verweigerer schwankt zwischen 28 und 47; über 70 % davon sind Probanden, deren Therapie abgebrochen wurde (vgl. Tab. 5.79).

Besonders gut schneiden die Module mit Gesprächs- bzw. Beziehungscharakter ab: Einzelpsychotherapie und Pflegegespräche. Kaum negative Bewertungen erfährt auch die Sporttherapie. In der Bewertung der Ergotherapie wird die Beschäftigungstherapie, die den Patienten mit geringem Lockerungsgrad angeboten wird, von der Arbeitstherapie (Handwerksbetriebe) klar unterschieden. Die Stationsatmosphäre können viele Patienten weder positiv noch negativ einstufen. Der Anteil an Negativ-Nennungen ist hier mit 22.8 % am höchsten.

Die Therapie insgesamt bewerten 10.3 % als sehr gut, 32.6 % als gut, 36.7 % als befriedigend. Über 20 % geben schlechtere Schulnoten ($n = 662$, Missing: 321; von den Fehlenden sind 47 Probanden, die die Itembeantwortung verweigern).

Trennt man nun nach Entlassmodus, ändert sich die Bewertung (vgl. Tab. 5.80). Da nur die Entlassmodi Abbruch oder bedingte Entlassung ausreichend häufig besetzt sind, werden alle anderen Probanden ausgeschlossen. Die Missingzahl bei abgebrochenen Probanden ist weitaus höher als bei bedingt Entlassenen. Dies liegt zum einen daran, dass viele gescheiterte Probanden einige Module nicht erleben können, da sie die erforderliche Stufe bzw. Lockerung nicht erhalten haben. Auch verweigern mehr dieser Probanden das Gespräch bzw. der zuständige Therapeut führt wegen o. g. Beziehungsproblematik kein Interview.

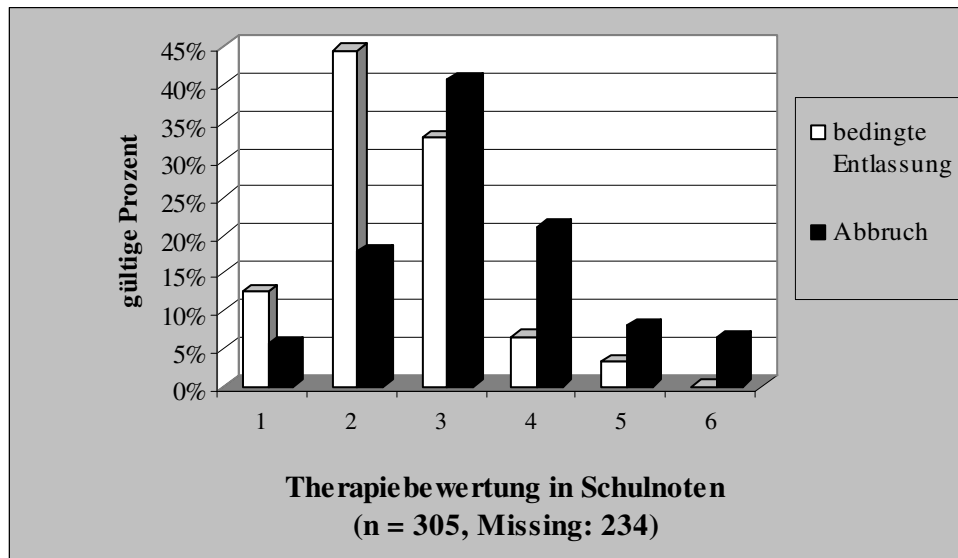
Die Entlassart scheint einen Einfluss auf die Beantwortung zu haben. Die gescheiterten Probanden sind sehr viel kritischer bzw. ziehen sich eher auf eine neutrale Position zurück als bedingt Entlassene. Besonders deutlich wird dies bei den Modulen Einzelpsychotherapie und Pflegegespräche. Dennoch sind auch Abgebrochene überwiegend positiv eingestellt und stufen bis auf wenige Ausnahmen alle Module als gewinnbringend ein.

Tabelle 5.80: Modulbewertung in gültigen Prozent, Chi-Quadrat-Tests, bedingt entlassene (n = 212) bzw. abgebrochene (n = 327) § 64 StGB-Patienten (n = 539)

Modul	Positiv:		Negativ:		Neutral:		Gesamt
	Bedingt Entlassene	Abgebrochene	Bedingt Entlassene	Abgebrochene	Bedingt Entlassene	Abgebrochene	
Gruppentherapie	73.3	53.4	6.1	14.4	20.6	32.2	298 **
Einzels psychotherapie	90.7	68.8	2.2	11.9	7.1	19.3	292 ***
Sozialpäd. Behandlung	68.4	49.5	5.6	15.0	26.0	35.5	284 **
Pfleger. Behandlung	73.7	55.6	5.6	17.7	20.7	26.6	303 **
Medizin. Behandlung	58.6	52.3	12.6	22.4	28.7	25.2	281 n.s.
Pflegegespräche	82.6	58.8	4.5	12.3	12.9	28.9	292 ***
Beschäftigungstherapie	58.2	58.7	16.9	20.7	24.9	20.7	298 n.s.
Arbeits-therapie	73.1	68.4	13.2	10.5	13.8	21.1	243 n.s.
Sport-therapie	78.1	72.0	6.8	8.5	15.1	19.5	155 n.s.
Freizeit-aktivitäten	61.7	49.5	10.6	26.4	27.8	24.2	271 **
Stufenprogramm	59.6	41.6	10.7	26.7	29.8	31.7	279 **
Atmosphäre auf Station	36.2	28.3	18.4	29.9	45.4	41.7	301 n.s.
Gesamt	Bedingt Entlassene: 73 – 183; Missing: 29 – 139, davon Verweigerer: 5 – 11 Abgebrochene: Missing: 203 – 251, davon Verweigerer: 22 – 35						

Anmerkung: n.s. = nicht signifikant; * < .05; ** < .01; *** < .001.

Abbildung 5.39 veranschaulicht, wie sich beide Gruppen in ihrer Therapiebenotung unterscheiden. Probanden mit gescheiterten Verläufen tendieren eher zu einer mittelmäßigen bis schlechten Benotung. Aber auch in dieser Untergruppe halten 65 % die Therapie für sehr gut bis befriedigend. Das zeigt, dass Probanden mit negativem Therapieverlauf gut in der Lage sind, eine differenzierte, nicht einseitig externalisierende Einschätzung abzugeben und ihre Schwierigkeiten auch im persönlichen Bereich zu suchen.



Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 47.771, df = 5, p = .000

Likelihood-Quotient: Wert 51.741, df = 5, p = .000

Anzahl der gültigen Fälle: 305. 2 Zellen (16.7 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3.23.

Korrelation (Spearman'sRho): Wert .370, p = .000.

Abbildung 5.39: Therapiebewertung in (gültigen) Prozent, bedingt entlassene (n = 212) bzw. abgebrochene (n = 327) § 64 StGB-Patienten (n = 539)

Differenziert man nach Diagnose (untersucht werden ausschließlich bedingt Entlassene), erhält man nur bei Einzels psychotherapie und pflegerischer Behandlung signifikant unterschiedliche Bewertungen. Drogenabhängige (n = 142, Missing: 17) sind zu 12.8 % nicht zufrieden bzw. nehmen eine Weder-noch-Position ein. Alkoholiker (n = 70, Missing: 12) halten zu 98.3 % die Einzels psychotherapie für positiv: Chi-Quadrat (2, N = 212, Missing: 29) = 6.651, p < .05. Auch die Kontakte zum Pfl egeteam außerhalb der Pfl egegespräche werden von mehr Alkoholikern positiv eingeschätzt: 86.0 % v. 68.0 %. 1/4 der Drogenabhängigen (n = 142, Missing: 20) geben sich neutral, knapp 7 % halten dieses Modul für negativ. Dies ist nur bei 3.5 % der Alkoholiker (n = 70, Missing: 13) der Fall: Chi-Quadrat (2, N = 212, Missing: 33) = 6.504, p < .05.

Die Therapiebenotung unterscheidet sich bei beiden Diagnosegruppen nicht signifikant: Chi-Quadrat (4, N = 212, Missing: 30) = 3.323, p > .05. 88 % der Alkoholkranken geben Noten von eins bis drei (n = 70, Missing: 10), bei Drogenabhängigen sind es sogar 91 % (n = 142, Missing: 20).

5.2.4.2 Interview

Im abschließenden Interview geben 335 Probanden Auskunft. Auch hier gelten bzgl. der Missingzahlen die gleichen Aspekte wie bei der Modulbewertung. Insbesondere ist zu beachten, dass einige Probanden nicht befragt werden können bzw. von vornherein ausgeschlossen sind, da sie nur kurze Zeit in Therapie waren oder flüchtig sind etc. Bei den Fehlenden handelt es sich nur zum geringen Teil um Verweigerer (siehe auch Kap. 5.2.4.1).

Die häufigsten Nennungen über alle Bereiche hinweg werden zunächst vorgestellt: Über 63 % können die Therapiemodule mit Fokus auf Gespräch und Beziehung, Einzelpsychotherapie und Pflegegespräche, als profitabel einstufen. Bei bedingt Entlassenen steigt die Quote auf 71 %. Auch die zweithäufigste Nennung bezieht sich auf einen positiv bewerteten Aspekt: Therapieinhalte. Damit meinen die Patienten Auseinandersetzung mit Sucht, Delinquenzentwicklung oder auch Aufarbeitung von Rückfällen etc. An dritter Stelle steht ein Aspekt aus dem Bereich „Schwierigkeiten“: Einhalten von Regeln und Stationsordnung; etwa 1/3 hat damit Probleme. Prozentual gesehen sind bedingt Entlassene noch etwas mehr davon berührt. Freiheit wird von knapp 30 % als das genannt, was sie während der Therapie vermisst haben. Damit meinen sie die tatsächliche Freiheit, aber auch Selbstbestimmtheit.

Die beiden Subgruppen unterscheiden sich nicht wesentlich bis auf den Punkt Resozialisierungsmaßnahmen, den verständlicherweise in erster Linie die bedingt Entlassenen bewerten und für sinnvoll einschätzen können (vgl. Tab. 5.81). Für Suchtkranke scheint es wichtig zu sein, in der Therapie Strukturerfahrungen machen zu können: Hausordnung, auch Zwang und Kontrollen, festgelegter Tagesablauf etc. werden als unterstützend erlebt. Der Umgang mit Anderen wird von deutlich weniger Probanden als profitabel gesehen, wobei tatsächlich Entlassene etwas häufiger positiv bewerten. Eher selten werden BT / AT und Sport (begleitende Therapiemodule) genannt. Ähnlich bewerten in der Studie von Bischoff-Mews (1998) die befragten neun Probanden psychotherapeutische Angebote, aber auch BT, Arbeitssuche und Sport als positiv.

Tabelle 5.81: Therapiebewertung : profitiert von..., § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Wovon haben Sie profitiert?	Absolute Häufigkeit:		Gültige Prozent:	
	Alle Pbn.	bedingt entlassene Pbn.	Alle Pbn. (n = 335, Missing: 327)	bedingt entlassene Pbn. (n = 186, Missing: 353)
Therapiemodule mit Fokus auf Gespräch und Beziehung	212	132	63.3	71.1
Therapieinhalte	123	71	36.7	38.2
Strukturgebende Maßnahmen	88	55	26.3	29.6
Resozialisierungsmaßnahmen	58	47	17.3	25.3
Patientenmilieu (Gruppenerleben, Modelllernen)	51	30	15.2	16.1
Begleitende Therapiemodule mit Beschäftigungscharakter	40	28	11.9	15.0
Team (Beziehungsaspekt)	39	29	11.6	15.6
Gesamt-Nennungen	611	392		

Knapp 30 % haben Schwierigkeiten, den Verlust von Freiheit zu verarbeiten (vgl. Tab. 5.82). Sie vermissen Selbständigkeit und Bewegungsfreiheit. Ebenso häufig nennen sie Aspekte, die unter Teamvariablen zusammengefasst sind: Sie fordern mehr Flexibilität, Eingehen auf die Patienten und ihre Bedürfnisse. Manche Probanden beklagen unzureichende Kompetenz bzw. Erfahrung im Umgang mit suchtkranken Straftätern. Auf der Beziehungsebene vermissen einige Patienten Vertrauen und Ehrlichkeit auf Seiten des Teams. Insbesondere das Pflegeteam steht dabei im Mittelpunkt der Kritik. Viele wünschen sich einen stärkeren Kontakt gerade zur Pflege: „Hilfe statt Sanktionen“ ist ein häufig genanntes Schlagwort. Etwa 20 % vermissen in der Therapie Individualität, einen flexiblen Umgang mit dem Stufenprogramm. Gleichzeitig kritisieren manche einen zu lockeren Umgang mit Regeln oder auch therapeutischen Anforderungen und fühlen sich u. U. ungerecht behandelt. Sie wünschen sich tagesstrukturierende Angebote, eine qualitative und quantitative Steigerung an diversen Gruppenangeboten (Sport, Beschäftigung auf Station, therapeutische Gruppen wie Rückfallvermeidungsgruppe, Anti-Aggressionstraining etc.). Etwa gleich häufig werden infrastrukturelle Aspekte kritisiert; meist vermissen sie Rückzugsmöglichkeiten, Einzelzimmer und bessere hygienische Ausstattung in den Altbauten.

Zahlenmäßig deutlich hinter diesen Nennungen kommen Aspekte, die das Patientenmilieu betreffen. Patienten vermissen einen offenen und ehrlichen Umgang miteinander, Freundschaften und gegenseitige Toleranz. Auch persönliche Anteile, die sich meist auf Therapie- bzw. Abstinenz-Motivation oder spezifische Fähigkeiten wie Deutschkenntnisse etc. beziehen, werden nur von einem verschwindend geringen Anteil als fehlend eingestuft.

Tabelle 5.82: Therapiebewertung: was vermisst?, § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Was hat Ihnen gefehlt?	Absolute Häufigkeit:		Gültige Prozent:	
	Alle Pbn.	bedingt entlassene Pbn.	Alle Pbn. (n = 335, Missing: 327)	bedingt entlassene Pbn. (n = 186, Missing: 353)
Freiheit (Selbständigkeit)	96	54	28.7	29.0
Teamvariablen (Beziehungs-, Behandlungsaspekte)	94	43	27.2	23.1
Therapiemodule Therapieinhalte	70	34	20.9	18.3
Infrastrukturelle Aspekte	58	38	17.3	20.4
Patientenmilieu	20	11	6.1	5.9
Persönliche Anteile (Motivation, spezifische Fähigkeiten)	8	1	2.4	0.5
Gesamt-Nennungen	346	181		

Tabelle 5.83 listet die Nennungen auf, die sich auf Schwierigkeiten in und mit der Therapie beziehen. Etwa 1/3 hat Probleme im Umgang mit Regeln. Sie fühlen sich gegängelt und bevormundet, sind z. T. angesichts umfangreicher Stationsordnungen überfordert. Damit im Zusammenhang steht die Kritik am Team, die sich überwiegend auf den Eindruck, nicht ernstgenommen bzw. ungerecht behandelt zu werden, bezieht. Sie fühlen sich einem permanenten Misstrauen von Teamseite ausgesetzt. Auch geben einige Probanden an, Widersprüche im Team wahrzunehmen und als problematisch zu empfinden. An dritter Stelle steht die Kritik an Mitpatienten: Anfeindungen wegen bestimmter Straftaten oder auch Diagnosen, Lügen und Intrigen, Konflikte, fehlende Rücksicht. Etwas weniger Probanden geben an, mit Offenheit und Ehrlichkeit Schwierigkeiten zu haben. Gerade zu Beginn fällt es ihnen schwer, sich einzugliedern, einzu-

lassen und offen über sich selbst zu sprechen. Dabei wäre eine aktive Kontaktaufnahme durch das Team wünschenswert gewesen.

Tabelle 5.83: Therapiebewertung: Schwierigkeiten, § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Was fanden Sie unangenehm, wo hatten Sie Schwierigkeiten?	Absolute Häufigkeit:		Gültige Prozent:	
	Alle Pbn.	bedingt entlassene Pbn.	Alle Pbn. (n = 335, Missing: 327)	bedingt entlassene Pbn. (n = 186, Missing: 353)
Einhalten von Regeln & Stationsordnung	105	68	31.3	36.6
Teamvariablen (Beziehungsungleichgewicht)	75	38	22.4	20.4
Patientenmilieu (Sozialverhalten, Gruppenhierarchie)	67	40	20.0	21.5
Offenheit & Ehrlichkeit	57	29	17.0	15.6
Beginn der Therapie (Eingliederung)	51	35	15.2	18.8
Einschränkende Maßnahmen	51	26	15.2	14.1
Therapiemodule (Inhalte, Setting)	35	24	10.4	12.9
Infrastrukturelle Aspekte	42	23	12.5	12.4
Stufenantrag / Forum (öffentliche Auseinandersetzung)	37	23	11.0	12.4
Zwang	23	12	6.9	6.5
(persönliche) Veränderung	21	12	6.3	6.5
Entlassphase	15	14	4.5	7.5
Abstinenz (Motivation, Transfer in Praxis)	7	5	2.1	2.7
Gesamt-Nennungen	586	349		

Einschränkende Maßnahmen wie Kontrollen, festgelegte Ruhezeiten, Lockerungssperren etc. finden etwa 15 % als unangenehm. Problematische Therapiemodule seien die Kurvenvisite (Konfrontiert werden vor vielen Teammitgliedern), Gruppentherapie im Allgemeinen (Offenheit, Öffentlichkeit), unregelmäßig stattfindende Einzelgespräche, fehlende Gestaltungsfreiheit bei Freizeitaktivitäten etc. Einige sprechen von einer zu rigiden Ausführung des Therapieprogramms. Bei infrastrukturellen Aspekten werden überwiegend Mehrbettzimmer, aber auch eine ständige Überwachung durch Türfenster

o. ä. kritisiert. Das einmal wöchentlich stattfindende Forum mit allen Patienten empfinden einige Probanden als problematisch, da es eine öffentliche Auseinandersetzung mit persönlichen Dingen in den Mittelpunkt stellt (speziell Stufenanträge oder Rückfallberichte). Auf den hinteren Plätzen folgen Schwierigkeiten mit dem Zwangscharakter einer MRV-Therapie, persönliche Veränderungen (Angst vor Identitätsverlust, Angst vor Neuem etc.), Entlassphase (Anforderungen, Überforderungen, Angst vor dem Scheitern) und Abstinenz. Letzter Punkt wird auch von erfolgreichen Probanden genannt; d. h. der Respekt vor einem abstinenten Leben bleibt u. U. bestehen.

Die Nennungen ähneln denen der Studie von Bischoff-Mews (1998), die ebenfalls alkoholranke Straftäter befragte: Die räumliche Enge, die Mischung von Diagnosen, kurze Ausgangszeiten etc. lassen viele zum Schluss kommen, dass die Therapie im MRV eine „... belastende und persönlich schwierige Zeit ...“ war (S. 49).

Die Verbesserungsvorschläge beziehen sich häufig auf das Therapieprogramm (vgl. Tab. 5.84).

Tabelle 5.84: Therapiebewertung: Verbesserungsvorschläge, § 64 StGB-Patienten (n = 662)

Haben Sie Verbesserungsvorschläge?	Absolute Häufigkeit:		Gültige Prozent:	
	Alle Pbn.	bedingt entlassene Pbn.	Alle Pbn. (n = 335, Missing: 327)	bedingt entlassene Pbn. (n = 186, Missing: 353)
Therapiemodule Therapieinhalte	85	50	25.4	26.9
Verhältnis Team-Patient	75	36	22.4	19.3
Infrastrukturelle Aspekte	58	30	17.3	16.1
Mehr Freiheitsgrade	52	29	15.5	15.6
Stationskonzeption (Homogenität)	48	30	14.3	16.1
Freizeitbereich (auf und außerhalb der Station)	48	29	14.3	15.6
Gesamt-Nennungen	366	204		

Einige fordern mehr Individualität, stärkeres Einbeziehen von Patienten, weniger Anforderungen, AT-Angebote früher im Stufenprogramm, Straffung der Entlassstufe etc. Häufig beziehen sich die Aussagen auch auf das Team-Patienten-Verhältnis: Mehr Verständnis, Therapeutenkontinuität, Aktionen zur Verbesserung des Kontaktes, frühere Kontaktaufnahme etc. Verbesserungen bei infrastrukturellen Aspekten wie Einzelzim-

mer oder andere Rückzugsmöglichkeiten auf Station, Partnerzimmer etc. werden von über 15 % vorgeschlagen. Die Forderung nach höheren Freiheitsgraden bezieht sich zum einen auf tatsächliche Lockerungen, zum anderen auf eine stärkere Selbstbestimmung. Da viele unter einem schlechten Stationsklima leiden, machen sie entsprechende Vorschläge, die meist eine Trennung bzw. Homogenisierung der Patientengruppe im Fokus haben: Nach Geschlecht, Diagnosen, Alter etc. Auch Beschäftigungsmöglichkeiten auf Station scheinen nicht ausreichend zu sein, denn sie werden von einigen gefordert. Aber auch außerhalb (organisierte Freizeitaktivitäten mit und ohne Begleitung) wünschen sich die Patienten eine Veränderung sowohl quantitativ als auch qualitativ. Die Alkoholikerstichprobe von Bischoff-Mews (1998) kritisiert ebenfalls räumliche Enge, kurze Ausgangszeiten und fordert eine deutlichere Trennung in der Stationsbesetzung (insbesondere von § 63 StGB-Patienten).

5.3 Messzeitpunkt 1 „Therapieabschluss“: § 126 a StPO-Patienten

5.3.1 Anamnese

5.3.1.1 Biographie

(1) Geschlecht

Auch in der Teilstichprobe der 71 vorläufig Untergebrachten dominieren die männlichen Probanden mit 85.9 %.

(2) Geburtsland

Aus Deutschland stammen 70 % (n = 71, Missing: 1). 71.4 % der 21 Migranten kommen aus den ehem. GUS-Staaten, mit weitem Abstand folgen Patienten aus dem sonstigen europäischen Ausland (n = 3) und dem nichteuropäischen Ausland (n = 3).

Alle Patienten mit ausländischer Herkunft sind seit längerer Zeit in Deutschland; 23.8 % seit zwei bis vier Jahren, 76.2 % über vier Jahre.

(3) Schul- und Berufsausbildung

Die Schulbildung ist bei über der Hälfte der Probanden niedrig (n = 71, Missing: 3): Neun Patienten haben die Förderschule besucht, 31 die Hauptschule ohne qualifizierten Abschluss verlassen. Immerhin 25 % machen den qualifizierten Abschluss, fünf Pro-

banden (7.4 %) absolvieren die Realschule und sechs Probanden (8.8 %) das Gymnasium.

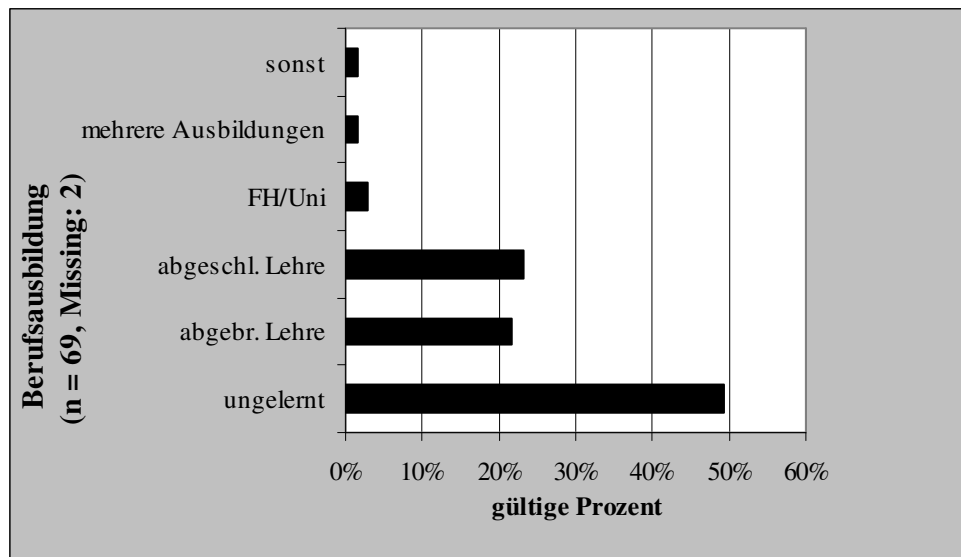


Abbildung 5.40: Berufsausbildung, § 126 a StPO-Patienten (n = 71)

Entsprechend der schwierigen schulischen Ausgangslage weist die berufliche Situation einen geringen Qualifikationsgrad auf. Fast 50 % (n = 71, Missing: 2) sind vollkommen ungelernt, über 20 % brechen eine begonnene Lehre vorzeitig ab (vgl. Abb. 5.40).

(4) Arbeitssituation vor Aufnahme

Vor der Aufnahme im Maßregelvollzug bzw. Inhaftierung sind 62.9 % (n = 71, Missing: 1) erwerbslos; immerhin 15.7 % stehen in einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis, 2.9 % sind selbständig und 4.3 % haben einen Minijob. Zwei Probanden stehen in einem Ausbildungsverhältnis, 5.7 % sind berentet. Die vier übrigen Probanden verteilen sich auf keine Berufstätigkeit / Hausfrau, Student, beschützte Werkstätte.

5.3.1.2 Klinische Anamnese

(1) Diagnose

Die Stichprobe der vorläufig Untergebrachten wird weniger von der diagnostischen als der juristischen Einordnung charakterisiert. Entsprechend vielfältig sind die vorliegenden Diagnosen (vgl. Tab. 5.84). Etwa die Hälfte der Probanden sind drogenabhängig,

meist in polytoxischer Konsumform. Eine weitere große Gruppe wird als alkoholkrank diagnostiziert.

Tabelle 5.85: Hauptdiagnose, § 126 a StPO-Patienten (n = 71)

Diagnose (ICD-10, Kap. V F...)	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 70)
Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (F07.2)	1	1.4
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	14	20.0
... durch Opioide (F11.2)	2	2.9
... durch Kokain (F14.2)	1	1.4
... durch andere Stimulanzien (F15.2)	2	2.9
... durch multiplen Substanzgebrauch (F19)	30	42.9
Schizophrenie (F20)	6	8.6
Akute Belastungsreaktion (F43.0)	1	1.4
Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60)	8	11.4
Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung (F61)	3	4.3
Leichte Intelligenzminderung (F70)	2	2.9
Missing	1	
Gesamt	71	

Die dritte Gruppe sind Persönlichkeitsgestörte: Paranoide, schizoide (je einmal), zwei dissoziale und vier emotional instabile Persönlichkeitsstörungen werden angegeben.

Teilt man aus Übersichtsgründen die Probanden in Hauptdiagnosegruppen ein, zeigt sich folgendes Bild (vgl. Abb. 5.41): 70 % der Probanden sind suchtmittelabhängig, bei 15.7 % wird eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert und 8.6 % leiden unter Schizophrenie. Entsprechend dem hohen Suchtanteil werden auch 70 % der gemäß § 126 a StPO-Untergebrachten auf Suchtstationen aufgenommen bzw. behandelt.

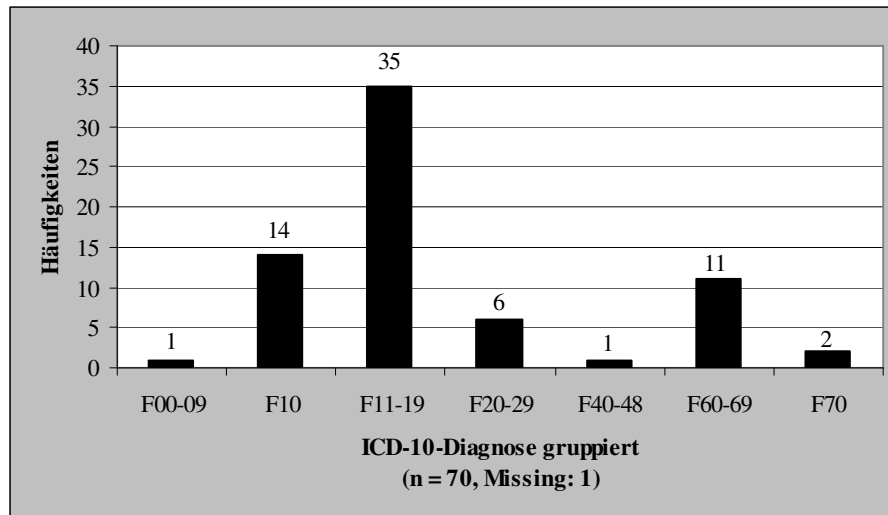


Abbildung 5.41: Diagnosetypen, § 126 a StPO-Patienten (n = 71)

Zur Zweitdiagnose lassen sich bei 32 Probanden Angaben machen, bei 38 Probanden liegen keine weiteren Diagnosen vor. Nahezu die Hälfte bekommt eine Suchtdiagnose und 28 % werden als persönlichkeitsgestört diagnostiziert (vgl. Anhang E-2). Eine dritte Diagnose wird bei sechs Probanden (8,6 %, n = 71, Missing: 1) gestellt: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, Suchtmittelabhängigkeit (Cannabinoide), akute vorübergehende psychotische Störung, Anorexia nervosa bzw. sexuelle Reifungskrise.

(2) Intelligenzniveau

Das Intelligenzniveau ist bei der Hälfte der Probanden als durchschnittlich zu bezeichnen, knapp 30 % fallen in den Bereich unterer, etwa 13 % in den Bereich oberer Durchschnitt. Minderbegabt sind fünf Probanden, ein überdurchschnittliches Niveau wird bei einem beschrieben (vgl. Anhang E-2).

(3) Erkrankungsalter

Auch vorläufig Untergebrachte haben ein sehr frühes Erkrankungsalter (vgl. Abb. 5.42). Ein Proband verweigert die Antwort auf dieses Item, bei vier weiteren kann der Interviewer aus unbekannten Gründen keine Angaben machen.

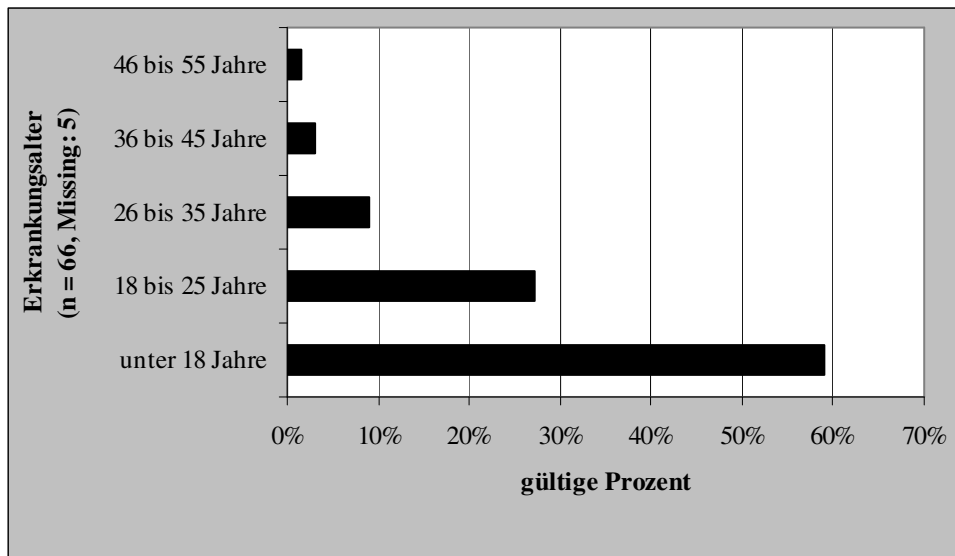


Abbildung 5.42: Erkrankungsalter, § 126 a StPO-Patienten (n = 71)

(4) Psychiatrieerfahrung

Stationär vorbehandelt werden 38 Probanden; es überwiegen die mit mehr als einem stationären Aufenthalt (26 vs. 12 Probanden). 44.9 % haben keinerlei Therapievor Erfahrung. Im Maßregelvollzug waren zehn Probanden, zwei davon mehrmals; 85.3 % (n = 71, Missing: 3) sind vorher nicht strafrechtlich untergebracht gewesen.

Die Probanden mit entsprechender Therapievor Erfahrung verteilen sich nahezu gleich auf negative bzw. positive Therapieabschlüsse: 17 können die begonnene Therapie regulär beenden, zehn brechen eine Therapie vorzeitig ab, acht mehrere.

Auch bei diesen drei Items verweigert ein Proband die Antwort, bei einem bzw. zwei (zum MRV-Item) bzw. sechs (Therapieabbruch-Item) liegen keine Angaben vor.

(5) Abstinenz

Bei 54 Probanden können Angaben zur Abstinenz Erfahrung gemacht werden, ein Proband verweigert die Auskunft, bei fünf fehlen die Informationen zum Interviewzeitpunkt und bei 11 trifft dieses Item nicht zu.

Nahe 40 % sind bisher nie abstinent gewesen, die übrigen schaffen meist nur kurze Zeiten (vgl. Abb. 5.43).

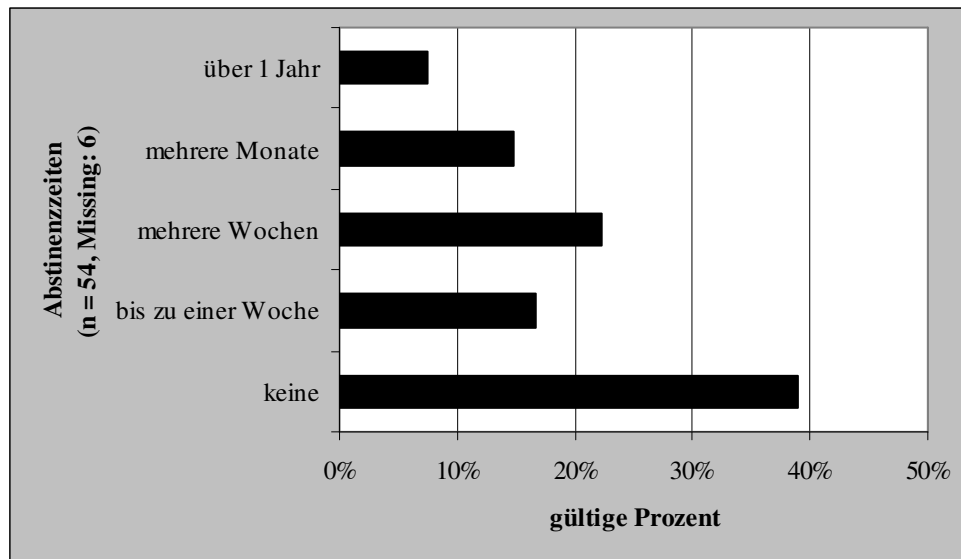


Abbildung 5.43: Abstinenzzeiten, § 126 a StPO-Patienten (n = 60)

5.3.1.3 Forensische Anamnese

(1) Anlassdelikt

Da es sich in dieser Teilstichprobe um vorläufig Untergebrachte handelt, deren Verhandlung noch aussteht bzw. das Urteil noch keine Rechtskraft erlangt hat, muss das Item „Anlassdelikt“ als Hinweis auf das dem Probanden zur Last gelegte, strafrechtlich relevante Verhalten verstanden werden.

Tabelle 5.86: Anlassdelikte, § 126 a StPO-Patienten (n = 71)

Deliktgruppe	Häufigkeiten	Gültige Prozent (n = 71)
Betrug / Diebstahl	27	38.0
Körperverletzung	25	35.2
BtMG-Verstöße	22	31.0
Sonst	13	18.3
Raub / räuberische Erpressung	8	11.3
Verkehrsdelikt	4	5.6
Tötungsdelikt	4	5.6
Sexualdelikt	2	2.8
Brandstiftung	2	2.8
Gesamt: Deliktanzahl / Probanden	107 / 71	

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Die Betrugs- und Diebstahlsdelikte führen die Auflistung an, gefolgt von Körperverletzungen und BtMG-Verstößen. Unter „sonst“ sind Taten mit aggressivem Charakter (Sachbeschädigung etc.), andere Gewaltdelikte (Bedrohung, Nötigung etc.), weitere Eigentumsdelikte (Urkundenfälschung etc.) und ein Verstoß gegen das Waffengesetz subsumiert (vgl. Tab. 5.86).

Um folgende Analysen anschaulicher zu gestalten, werden wieder Delikttypen gebildet. Bestimmend ist bei mehreren Index-Delikten das jeweils schwerwiegendste (vgl. Abb. 5.44).

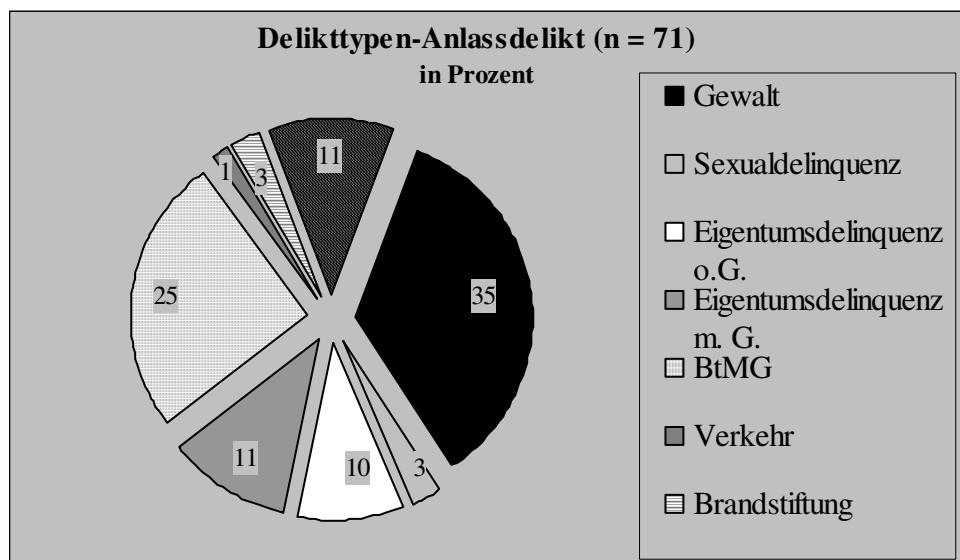


Abbildung 5.44: Delikttypen beim Anlassdelikt in (gültigen) Prozent, § 126 a StPO-Patienten (n = 71)

Die Stichprobe der vorläufig Untergebrachten wird von zwei großen Gruppen angeführt: Gewalttäter und BtM-Straftäter. Als dritte große Gruppe kann man Eigentumsdelinquente zusammenfassen.

Trennt man nun die Gruppe der gemäß § 126 a StPO-Untergebrachten nach Diagnosen und kombiniert diese mit den Delikttypen, zeigt sich, dass Persönlichkeitsgestörte (n = 11) v. a. als Gewalttäter (über 80 %) auftreten, 18 % als Sexualstraftäter. Damit haben alle Sexualstraftäter mit § 126 a StPO eine Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen.

Bei Suchtkranken lassen sich Unterschiede bei Drogenabhängigen (n = 35) und Alkoholikern (n = 14) beschreiben. Letztere sind zu 64 % Gewalttäter; Alkoholiker stellen damit auch die größte Gruppe in der Gewalttäterrubrik, während Drogenabhängige zu

knapp 50 % BtM-Täter und zu über 30 % Eigentumsdelinquente (sechs mit, fünf ohne Gewalt) sind. Auch die sechs Schizophrenen fallen beinahe ausschließlich mit Gewalttaten auf. Die anderen Diagnosegruppen sind für differenzierende Aussagen zu schwach besetzt.

(2) Freiheitsstrafe

Bei 51 Probanden trifft dieses Item nicht zu, d. h. es hat noch keine Verhandlung stattgefunden. Bei 20 Probanden können Angaben gemacht werden.

20 % haben keine Freiheitsstrafe erhalten, v. a. Schizophrene, aber auch Alkohol- kranke und Persönlichkeitsgestörte. Bis zu einem Jahr sollen drei inhaftiert werden, weitere 15 % 1 bis 1 1/2 Jahre. 25 % bekommen eine 19 bis 24 Monate lange Freiheits- strafe ausgesprochen, je ein Proband 25 bis 30 bzw. 31 bis 36 Monate. Über drei Jahre soll ein Proband in Haft verbringen, es handelt sich dabei um einen Drogenabhängigen. Weitere Analysen verbieten sich aufgrund der geringen Stichprobengröße.

(3) Zeit in Haft vor Therapieantritt

Ebenfalls klein ist die Gruppe derer, bei denen dieses Item zutrifft: $n = 31$. Bei 40 hat, wie bereits mehrfach erwähnt, noch keine Verhandlung stattgefunden bzw. das Urteil ist nicht rechtskräftig. Über 80 % der Betroffenen sind nicht inhaftiert, 16 % bis sechs Mo- nate, ein Proband bis ein Jahr.

(4) Strafregisterauszug

Bei 18 % sind die Eintragungen im BZR zum Interviewzeitpunkt unbekannt.

Tabelle 5.87: Eintragungen im BZR, § 126 a StPO-Patienten ($n = 71$)

	Häufigkeit	Gültige Prozent ($n = 58$)	Kumulierte Prozent
Keine	9	15.5	15.5
1 bis 5 Eintragungen	34	58.6	74.1
6 bis 10	10	17.2	91.3
11 bis 15	4	6.9	98.2
16 bis 20	1	1.7	100.0
<i>Missing</i>	13		
<i>Gesamt</i>	71		

Die Hälfte der Probanden ist ein- bis fünfmal vorbestraft, immerhin zehn Probanden sechs- bis zehnmal (vgl. Tab. 5.87).

Auch hier bietet sich an, nach Unterschieden in den Diagnosetypen zu suchen, allerdings können nur Hinweise gegeben und keine statistischen Absicherungen aufgrund der geringen Zellenbesetzung gemacht werden (vgl. Anhang E-2).

Die große Gruppe der Drogenabhängigen ist zu über 50 % ein- bis fünfmal vorbestraft. Auch Alkohol Kranke sind häufig in dieser geringen Vorstrafenklasse zu finden, aber es gibt in der Alkoholikergruppe prozentual mehr Höher- bzw. Hochbelastete als in anderen Diagnosegruppen. Persönlichkeitsgestörte sind in erster Linie bei den Niedrigbelasteten zu finden (63.6 %). Keine Eintragungen haben insbesondere Schizophrene (50 %). Aber auch unter den Drogenabhängigen scheinen einige Erstverurteilte zu sein.

Da das BZR nicht jegliches strafrechtlich relevante Verhalten erfassen und speichern kann, wird im Fragebogen abgefragt, ob der Patient in seiner Vorgeschichte delinquente Handlungen verübt hat – unabhängig von der strafrechtlichen Bewertung. Dies ist bei 60 Probanden (n = 71, Missing: 1) der Fall, d. h. über 85 % sind belastet: Alle Persönlichkeitsgestörten, 91.4 % der Drogenabhängigen und 84.6 % der Alkoholiker. Schizophrene verteilen sich in gleiche Hälften, ebenso Minderbegabte. Die anderen beiden (gering besetzten) Gruppen sind deliktisch auffällig. Ein Proband verweigert die Auskunft.

Getrennt nach Anlassdelikttyp (n = 70, Missing: 1) zeigt sich, dass alle gewalttätigen Eigentumsdelinquente, der einzige Verkehrsstraftäter und alle Sexualdelinquente vorbestraft sind. BtMler sind zu 94.4 % und Gewalttäter zu 83.3 % belastet. Etwas geringer ist der Vorbestraftenanteil bei sonstigen Delikttypen (75 %), gewaltlosen Eigentumsdelinquenten (71.4 %) und Brandstiftern (50 %).

Entsprechend ist die Verteilung der BZR-Einträge. Aufgrund der teilweise sehr geringen Besetzung der Teilstichproben werden nur die drei Größten herausgegriffen. Gewalttäter (n = 25) haben zu 64 % ein bis fünf Einträge, immerhin 8 % sechs bis zehn. Dagegen sind BtMler insgesamt sowohl häufiger vorbestraft, als auch quantitativ stärker: 44.4 % sind ein- bis fünfmal belastet, 22.2 % sechs bis zehnmal und ein Proband hat 16 bis 20 BZR-Eintragungen. Eigentumsdelinquente (n = 15) weisen eine größere Bandbreite von „keine Eintragung“ bis „16 bis 20 Eintragungen“ auf.

(5) Art der Vordelinquenz

Betrugs- bzw. Diebstahlsdelikte stehen an erster Stelle in der Auflistung der Vordelikte, gefolgt von Körperverletzungen und BtMG-Verstößen. Diese Rangreihe ist mit der der Anlassdelikte identisch, wenn auch in der prozentualen Verteilung deutlicher.

Tabelle 5.88: Vordelikte, § 126 a StPO-Patienten (n = 61)

Deliktgruppe	Häufigkeiten	Gültige Prozent (n = 60)
Betrug / Diebstahl	42	70.0
Körperverletzung	31	51.7
BtMG-Verstöße	28	46.7
Sonst	16	26.7
Verkehrsdelikt	16	26.7
Raub / räuberische Erpressung	6	10.0
Sexualdelikt	3	5.0
Brandstiftung	1	1.7
Tötungsdelikt	0	100.0
<i>Missing Probanden</i>	<i>1</i>	
Gesamt: Deliktanzahl / Probanden	143 / 61	

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Bei den sonstigen Delikten führen aggressives Verhalten (Sachbeschädigung etc.) mit acht Fällen vor anderen Gewaltdelikten (Bedrohung etc.), anderen Eigentumsdelikten (Urkundenfälschung etc.) mit je drei Fällen. In den übrigen Fällen werden Verstöße gegen das Waffengesetz, gegen Weisungen und weitere weniger schwerwiegende Delikte (Schwarzfischerei etc.) begangen (vgl. Tab. 5.88). Zählt man alle Delikte mit Gewaltpotential zusammen, fallen 31.5 % der Vordelikte in die Gewalttatenklasse.

Eine getrennte Darstellung je nach Diagnosetyp bietet sich zumindest für die am häufigsten genannten Delikte an (vgl. Tab. 5.89). Über die Hälfte der Betrugs- bzw. Diebstahlsdelikte werden von Drogenabhängigen begangen. Etwas stärker ist der Anteil von Persönlichkeitsgestörten bei Körperverletzungen, auch wenn hier wieder Drogenabhängige die führende Gruppe stellen. Inhaltlich logisch ist der große Anteil Drogenabhängiger bei BtM-Delikten. Alkoholiker sind häufig als Betrugsdelinquente, aber auch Körperverletzer aufgetreten.

Tabelle 5.89: Vordelikte kombiniert mit Hauptdiagnosetyp, § 126 a StPO-Patienten (n = 61)

	F00-09 (n = 1)	F10 (n = 11)	F11-19 (n = 32)	F20-29 (n = 3)	F60-69 (n = 11)	F70 (n = 1)	Gesamt (n = 101)
Betrug / Diebstahl	1	10	22	1	7	1	42
Körperverletzung	0	7	13	1	10	0	31
BtMG-Verstöße	0	1	23	1	3	0	28

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

(6) Alter bei 1. Straftat

Auch vorläufig Untergebrachte sind beim Erstdelikt auffallend jung (vgl. Abb. 5.45). Von sechs Probanden können zu diesem Item keine Angaben gemacht werden, ein Proband verweigert die Mitarbeit.

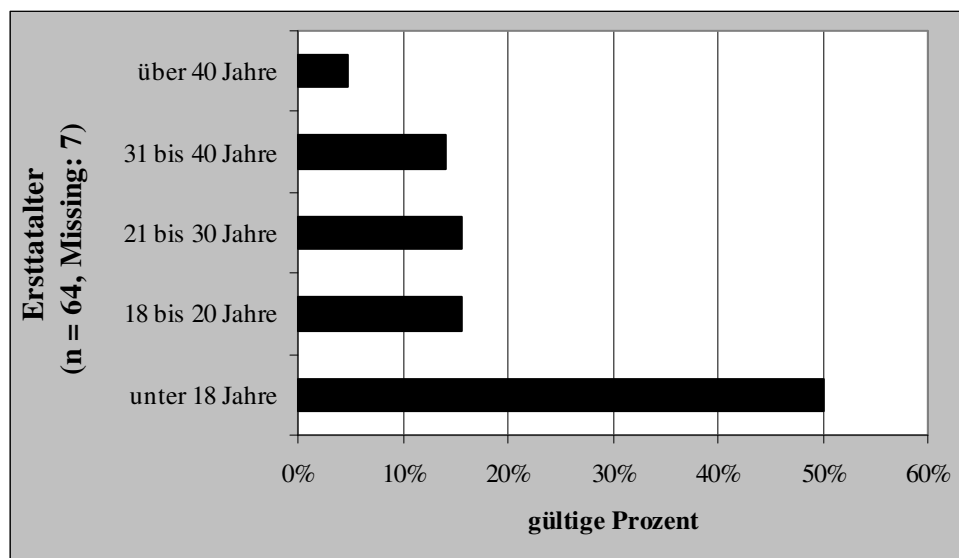


Abbildung 5.45: Ersttatalter, § 126 a StPO-Patienten (n = 71)

Die drei Hauptdiagnosegruppen unterscheiden sich in ihrer Altersverteilung (vgl. Abb. 5.46). Alkoholiker (n = 13) sind im Vergleich mit Drogenabhängigen (n = 30) und Persönlichkeitsgestörten (n = 10) älter; beinahe die Hälfte sind 21 bis 30 bzw. 31 bis 40 Jahre alt. Drogenabhängige sind zu 60 % und Patienten mit einer Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen zu 70 % unter 18 Jahre alt bei ihrem ersten krimi-

nellen Auftreten. Anteilsmäßig deutlich älter als andere Gruppen sind Schizophrene (n = 6). Die anderen Diagnosegruppen sind nur sehr schwach besetzt.

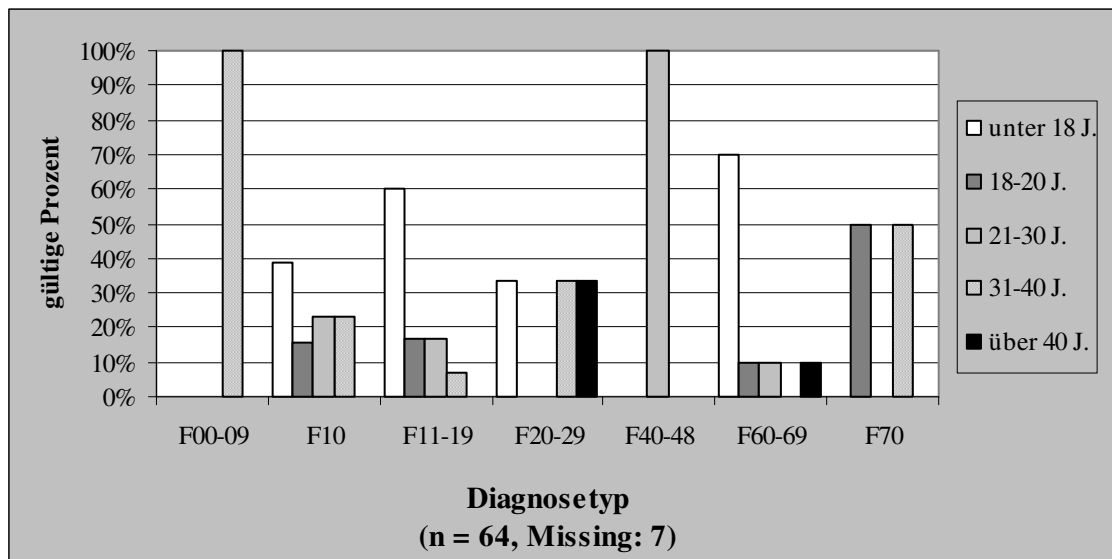
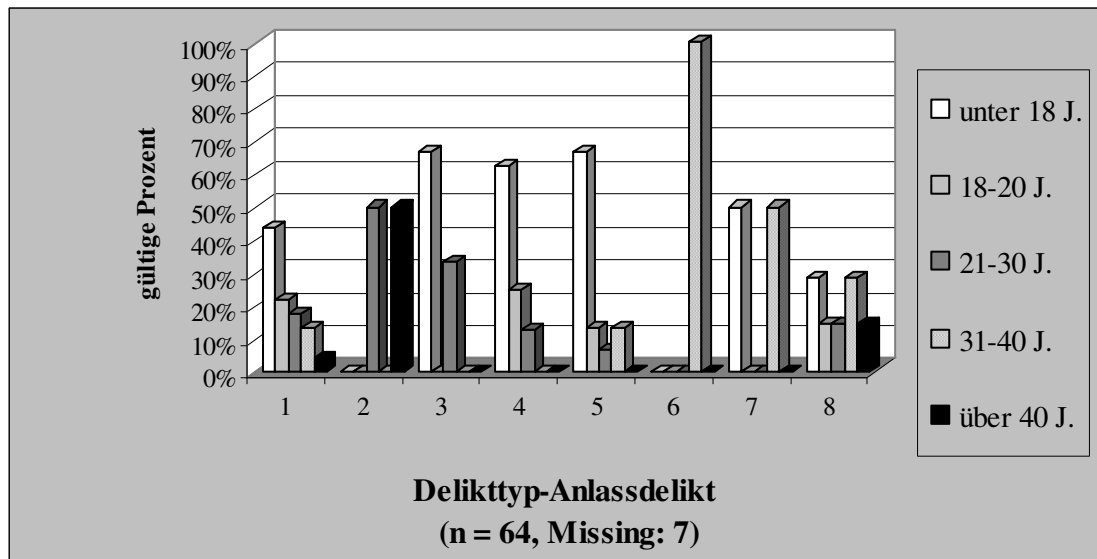


Abbildung 5.46: Ersttataler kombiniert mit Hauptdiagnosetyp, § 126 a StPO-Patienten (n = 71)

Die Delikttypen beim Anlassdelikt unterscheiden sich in ihrer Ersttatalerstruktur ebenfalls, auch wenn dies aufgrund der geringen erwarteten Häufigkeit in den meisten Zellen nicht abgesichert werden kann (vgl. Abb. 5.47). Gewalttäter (n = 23) sind zu 43.5 % unter 18 Jahre alt, während BtM-Straftäter (n = 15) als zweite Delikthauptgruppe sogar zu 66.7 % bereits als Jugendliche mit kriminellem Verhalten auffallen. Auch Eigentumsdelinquente (n = 14) sind zu über 60 % im jugendlichen Alter. Die unter sonstige Delikte Fallenden (n = 7) mit meist geringerer Deliktschwere verteilen sich bzgl. ihres Alters beim ersten Delikt deutlich breiter als andere Deliktgruppen, immerhin knapp 50 % sind über 30 Jahre alt.



Anmerkung: 1 = Gewaltdelikt, 2 = Sexualdelikt, 3 = Eigentumsdelikt ohne Gewalt, 4 = Eigentumsdelikt mit Gewalt, 5 = BtM-Delikt, 6 = Verkehrsdelikt, 7 = Brandstiftung, 8 = sonst.

Abbildung 5.47: Delikttyp (Anlassdelikt) kombiniert mit Ersttatalter, § 126 a StPO-Patienten (n = 71)

(7) Hafterfahrung

Die Haftzeiten, die der Proband in der Summe bisher aufweisen kann, zeigen drei Auffälligkeiten.

Die Gruppe der bislang Nichtinhaftierten ist mit knapp 50 % erstaunlich groß und erinnert eher an die Gruppe der psychiatrischen Patienten, bei denen ebenfalls über 40 % bisher nie inhaftiert waren (vgl. Tab. 5.90).

Wiederum nicht statistisch abgesichert, dennoch als Hinweis interessant, ist ein Vergleich der Delikttypen. Gewalttäter (n = 24) sind zu 54.2 % nie inhaftiert gewesen, während BtM-Täter (n = 18) nur zu 27.8 % nicht inhaftiert waren. Sie verteilen sich etwa gleich auf die weiteren Haftzeitenklassen. Auch Eigentumsdelinquente sind nicht so deutlich haftunerfahren wie Gewalttäter: 42.9 % (ohne Gewalt, n = 7) bzw. 37.5 % (mit Gewalt, n = 8). In der höchsten Klasse (über vier bis acht Jahre Haft) sind ausschließlich Eigentumsdelinquente und BtMler zu finden, auch wenn nur mit sehr geringer Anzahl (ein bzw. zwei Probanden).

Ein Vergleich der Hafterfahrung in den einzelnen, etwas stärker besetzten Diagnosegruppen zeigt, dass gerade Alkoholkranke (n = 13) zu 46.2% ohne Hafterfahrung sind.

Dies ist bei Drogenabhängigen ($n = 35$) mit 34.3 % und Persönlichkeitsgestörten ($n = 10$) mit 40 % weniger deutlich. Die beiden letzten Gruppen sind meist wenige Monate bis ein bzw. zwei Jahre in der Summe inhaftiert. Interessanterweise weisen die Drogenabhängigen die größte Breite in den Haftzeiten auf: Immerhin sieben Probanden waren über zwei Jahre ihres bisherigen Lebens in einer JVA. Schizophrene ($n = 5$) sind bisher nie in Haft gewesen, auch wenn immerhin drei von ihnen auch mehrere Vorstrafen haben.

Tabelle 5.90: Hafterfahrung summiert, § 126 a StPO-Patienten ($n = 71$)

Hafterfahrung	Häufigkeiten	Gültige Prozent ($n = 68$)
Keine	31	45.6
Bis einschl. 6 Monate	15	22.1
7 – 12 M.	6	8.8
1 bis 2 Jahre	6	8.8
2 bis 4 J.	7	10.3
4 bis 6 J.	1	1.5
6 bis 8 J.	2	2.9
<i>Missing</i>	3	
Gesamt	71	

5.3.1.4 Zusammenfassung Anamnese

Vorläufig Untergebrachte ähneln in vielen Aspekten eher der Gruppe der § 64 StGB-Untergebrachten als den § 63 StGBlern. Die meist männlichen Probanden (der Frauenanteil liegt bei 15 %) kommen zum Großteil aus Deutschland, der Migrantenanteil liegt wie bei den Suchtkranken bei 30 %, überwiegend aus den ehem. GUS-Staaten. Schulisch und beruflich sind die Probanden meist schlecht qualifiziert; beruflich ungelernt bzw. mit Lehrabbruch sind über 70 % und damit prozentual mehr als in den beiden anderen Teilstichproben. Die Arbeitslosenquote vor Inhaftierung bzw. Therapie liegt bei über 60 % – ähnlich wie in der §§ 63- bzw. 64-Gruppe.

Diagnostisch überwiegen mit 70 % die Suchtdiagnosen; meist Drogenabhängigkeit in polytoxischer Form. Etwa 15 % leiden unter einer Persönlichkeitsstörung, knapp 9 % sind schizophren. 50 % erhalten eine zweite, 9 % auch eine dritte Diagnose – meist aus den Bereichen Sucht bzw. Persönlichkeitsstörung. Das Intelligenzniveau liegt bei der Hälfte im Durchschnittsbereich und ist damit in etwa vergleichbar mit den § 64er-Patienten. Minderbegabung wird nur bei sehr wenigen Probanden festgestellt. Ebenso wie bei

§ 64-Probanden ist das Erkrankungsalter sehr jung: Über 50 % sind unter 18 Jahre, 30 % bis 25 Jahre alt. Der Anteil der Probanden ohne jegliche stationär-therapeutische Vorerfahrung ist etwas geringer als bei § 64ern, liegt aber immerhin noch bei 45 %. Im Vergleich zu § 64ern haben etwas weniger Probanden bereits MRV-Erfahrung (15 % vs. 22 %). Besser schneiden vorläufig Untergebrachte auch ab, wenn man die Erfolgsquoten der bisherigen Therapieversuche analysiert: Knapp 50 % können eine begonnene Therapie auch regulär beenden (vs. knapp 40 % bei § 64er). Dagegen liegt die Quote der Patienten mit Abstinenzzeiten unter der bei § 64 StG-Patienten: 60 % vs. 70 %.

Auch die forensische Anamnese zeigt viele Parallelen zur § 64er-Teilstichprobe; auch wenn sich die Teilstichproben gerade bzgl. der Index-Deliktverteilung unterscheiden. Während im Bereich des § 64 StGB v. a. BtMG-Verstöße auftreten, führen bei vorläufig Untergebrachten Betrugs- bzw. Diebstahlsdelikte die Deliktliste an. An zweiter Stelle kommen Körperverletzungen, die bei Suchtkranken an dritter Stelle rangieren. Erst dahinter folgen BtMG-Verstöße. In der Typenzusammenfassung stehen mit 35 % Gewalttäter an erster Stelle (bei § 64er an zweiter Stelle), auf dem zweiten Platz folgen BtMler (bei § 64er führen diese mit deutlichem Abstand) und auf den dritten Rang kommen wie bei § 64er Eigentumsdelinquente. In den diagnostischen Hauptgruppen lassen sich Deliktverteilungsmuster feststellen: Persönlichkeitsgestörte fallen besonders deutlich als Gewalttäter auf. Sie stellen auch alle Sexualstraftäter. Drogenabhängige und Alkoholiker sind in ihrem kriminellen Verhalten ähnlich den bereits rechtsgültig Verurteilten: Erstere sind v. a. BtMler, aber auch häufig Eigentumsdelinquente, Alkoholiker dagegen haben einen großen Anteil an Körperverletzern. Vorbestraft sind mit 85 % etwa 10 % weniger als bei den § 64ern. Auch ist die Anzahl der Eintragungen im BZR geringer, über 50 % sind ein- bis fünfmal vorbestraft (vs. knapp 40 % bei § 64ern). Ähnlich dagegen ist die Verteilung der BZR-Eintragungen der beiden Suchtgruppen im Vergleich mit der § 64 StGB-Teilstichprobe. Drogenabhängige haben wenige Eintragungen, einige sind noch nie strafrechtlich belangt worden. Alkoholiker dagegen verteilen sich auf Niedrig- und Hochbelastete bzgl. ihres BZR-Auszugs. Persönlichkeitsgestörte sind zu über 60 % ein- bis fünfmal vorbestraft. Die Delikte der forensischen Vorgeschichte ähneln der Verteilung der Index-Delikte. Es hat also keine großen Verschiebungen in der Art des kriminellen Handelns gegeben. Das Ersttatalter ist wie das Erkrankungsalter sehr jung. Über 50 % sind unter 20 Jahre alt, ähnlich wie bei § 64 StGBlern. Ebenso vergleichbar ist der Unterschied bei den Diagnosegruppen: Alkoholiker sind etwas älter als Drogenabhängige und Persönlichkeitsgestörte. Dies erklärt auch

die höhere Altersstruktur der Gewalttäter, die häufig alkoholkrank sind. Im Unterschied zu § 64 StGB-Patienten haben vorläufig Untergebrachte seltener Hafterfahrung. Auch hier kann man wieder den Zusammenhang zwischen Alkoholdiagnose und Gewalttat erkennen: Beide Teilstichproben sind auffallend oft in der haftfreien Gruppe zu finden.

5.3.2 Therapieverlauf

5.3.2.1 Aufnahmealter

Über 50 % der 71 Probanden sind bis zu 25 Jahre alt, wenn sie die Therapie beginnen. Die größte Gruppe ist 18 bis 21 Jahre alt. Bis zum 36. Lebensjahr sind knapp 80 % in Behandlung, danach fällt die Kurve stark ab (vgl. Abb. 5.48).

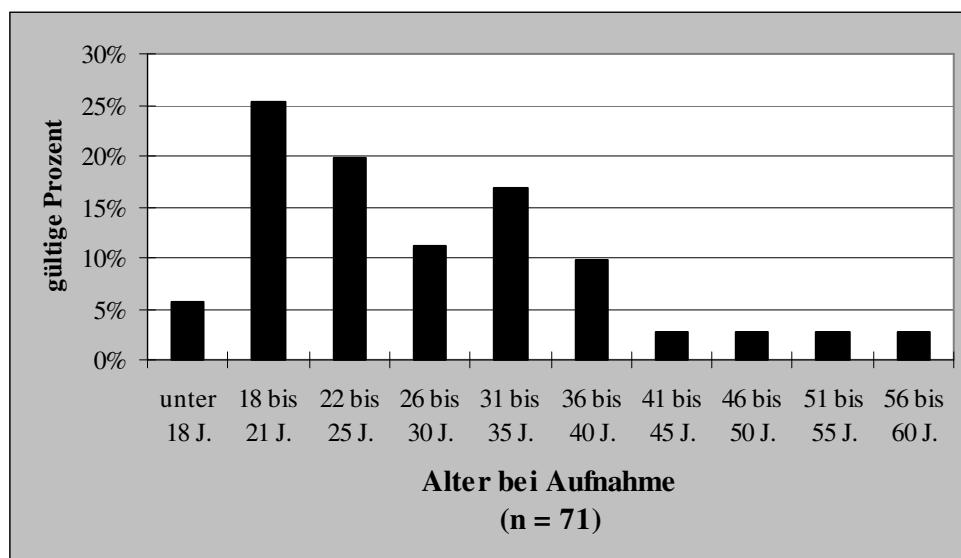


Abbildung 5.48: Aufnahmealter in (gültigen) Prozent, § 126 a StPO-Patienten (n = 71)

Eine Unterscheidung nach Diagnosen ist nur bei den Subgruppen mit ausreichender Besetzung sinnvoll. Drogenabhängige (n = 35) sind zu 60 % bis 25 Jahre alt, Alkoholiker (n = 14) zu 28.5 %. Letztere sind eher in mittleren Lebensspannen zu finden: 42.8 % sind zwischen 26 und 40 Jahre alt. Persönlichkeitsgestörte (n = 11) sind noch etwas jünger als Drogenabhängige: 63.7 % sind unter 25 Jahre alt bei Therapiebeginn.

5.3.2.2 Dauer der Unterbringung

Die vorläufig Untergebrachten (n = 71, Missing: 2) sind im Mittel 134.14 Tage (Min. 2, Max. 814) im MRV. Alkoholiker (n = 14) verbringen im Mittel 98.79 Tage (Min. 23,

Max. 195), Drogenabhängige (n = 33, Missing: 2) müssen im Mittel 112.03 Tage bleiben (Min. 2, Max. 599) und Persönlichkeitsgestörte (n = 11, Missing: 0) 187 Tage (Min. 18, Max. 814). Während Suchtkranke im Schnitt dreieinhalb Monate in Therapie sind (berechnet wird der komplette Aufenthalt ohne Differenzierung nach Entlassart), sind Patienten mit Persönlichkeitsstörung doch erheblich länger im MRV; etwa sechs Monate.

5.3.2.3 Medikation

Medikamente, die über die übliche Bedarfsmedikation hinausgehen, spielen lediglich bei Schizophrenen, Intelligenzgeminderten und vereinzelt bei Persönlichkeitsgestörten und Suchtkranken eine Rolle. Insgesamt bekommen 21.7 % (n = 71, Missing: 2) Medikamente, meist Neuroleptika (60 %). Antidepressiva erhalten 26.7 % der 15 betroffenen Patienten. Eine Interferontherapie wird in der Regel nicht durchgeführt.

5.3.2.4 Zwischenfälle

(1) Suchtmittelrückfall

71 % (n = 71, Missing: 2) werden nie suchtmittelrückfällig. Fünf Probanden einmal, sieben zweimal und sechs drei bis sechsmal. Weitere zwei Patienten fallen mit mehr als sechs Rückfällen auf.

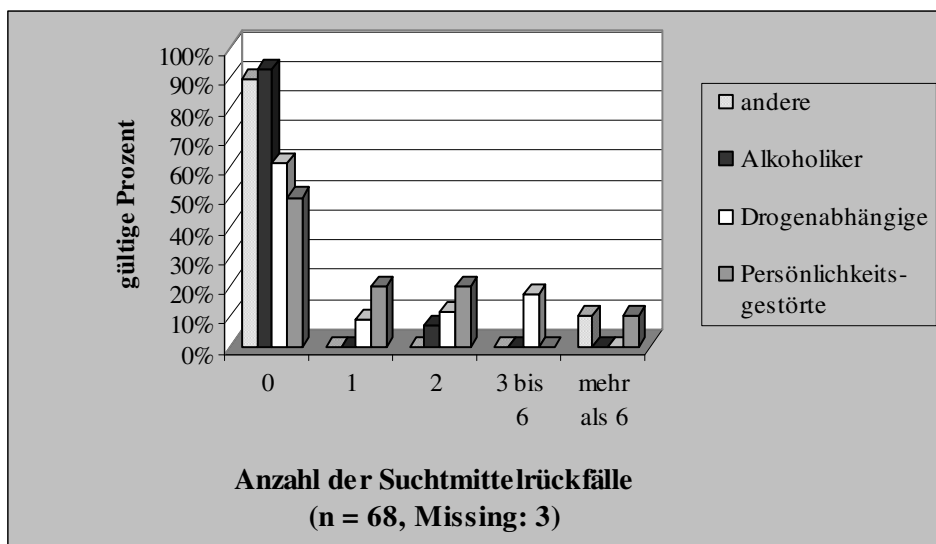


Abbildung 5.49: Suchtmittelrückfälle getrennt nach Diagnosetyp, § 126 a StPO-Patienten (n = 71)

Besonders gefährdet sind Persönlichkeitsgestörte und Drogenabhängige, die zu 50 % bzw. über 38 % rückfällig werden (vgl. Abb. 5.49).

(2) Erneute Straftat

Während der Therapie werden drei Probanden (n = 71, Missing: 4) erneut straffällig - codiert werden alle strafrechtlichen Handlungen, die ggf. bei einer Anzeige auch entsprechende Konsequenzen nach sich ziehen würden: Ein Drogenabhängiger und zwei Persönlichkeitsgestörte. Die Straftaten sind Körperverletzung, Bedrohung und Sachbeschädigung.

(3) Gewalt

Auch Tötlichkeiten spielen kaum eine Rolle: 93 % werden weder gegen das Personal noch Mitpatienten handgreiflich. Übergriffig werden nur Drogenabhängige und Persönlichkeitsgestörte.

(4) Entweichung

Vier Probanden entweichen mindestens einmal; d. h. 94.2 % (n = 71, Missing: 2) sind entsprechend unauffällig. Auch hier sind Drogenabhängige und Persönlichkeitsgestörte besonders gefährdet.

5.3.2.5 Behandlungsprobleme

Besondere Auffälligkeiten in der Therapie, die eine Behandlung erschweren, werden bei 58% genannt (n = 71, Missing: 2). Trennt man nach Diagnose, so zeichnet sich eine stärkere Belastung bei Alkoholkranken (64.3 %, n = 14) und Persönlichkeitsgestörten (72.7 %, n = 11) ab. Drogenabhängige sind zu 42.9 % (n = 35) unauffällig (vgl. Abb. 5.50).

Die Problemfelder umfassen insbesondere Therapiemotivation bzw. tragfähiges therapeutisches Arbeitsbündnis, aber auch nicht therapiedienliche Verhaltensweisen (massive Rückfälle, Drogenbeschaffung, DS-Manipulationen etc), Aggression, spezifische Persönlichkeitsvariablen mit Beeinträchtigungspotential (Suggestibilität, Minderbegrabung, schlechte Deutschkenntnisse etc.), Impulskontrollschwächen.

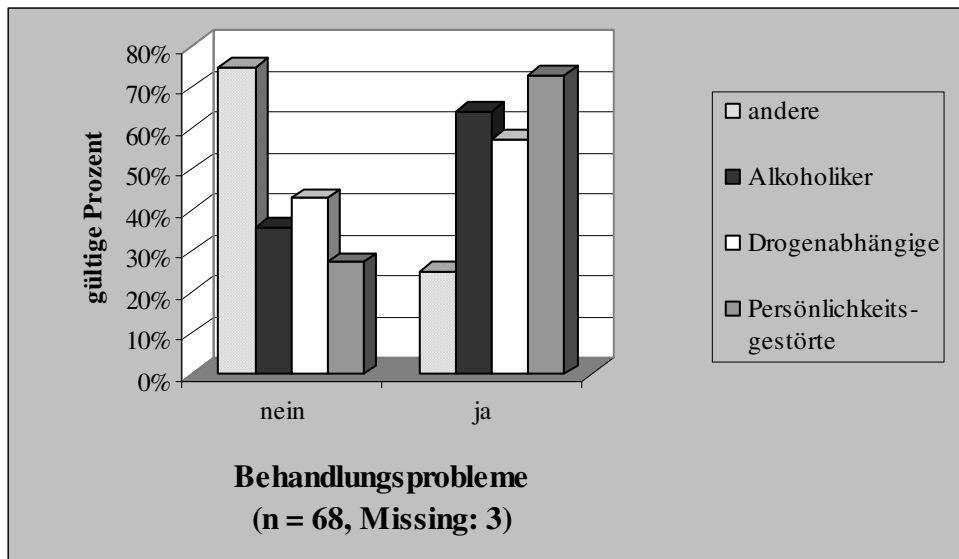


Abbildung 5.50: Behandlungsprobleme getrennt nach Diagnosetyp, § 126 a StPO-Patienten (n = 71)

5.3.2.6 Therapieabbruch

Bei 26 Probanden (36.6 %, n = 71) muss die Therapie „abgebrochen“ werden; d. h. bei vorläufig Untergebrachten, dass die zuständige Strafvollstreckungsbehörde nach einem entsprechenden Antrag der Einrichtung die Voraussetzungen nicht mehr als erfüllt sieht und die Unterbringung aufhebt. Von diesen 26 Probanden weisen 92.3 % besondere Behandlungsprobleme auf. Besonders schlecht schneiden Alkohol- (Abbruchsquote: 64.3 %, n = 14) und Drogenabhängige (Abbruchsquote: 40 %, n = 35) ab.

5.3.2.7 Behandlungsergebnis

Das Behandlungsergebnis ist nur bei den Probanden von Interesse, die tatsächlich eine Therapie durchlaufen haben und in Freiheit entlassen werden. Das ist bei den meisten vorläufig Untergebrachten nicht der Fall. Nur fünf Probanden können regulär entlassen werden; davon haben 40 % eine mäßige Veränderung im Sozialverhalten, 50 % eine zumindest mäßige Verbesserung in ihrer (komorbiden) Störung (n = 4) bzw. 33.3 % (n = 3) in der zugrundeliegenden Suchterkrankung erzielt.

5.3.2.8 Zusammenfassung Therapieverlauf

Vorläufig Untergebrachte sind bei Therapieantritt meist jung; gerade Drogenabhängige und Persönlichkeitsgestörte kommen unter 25jährig in Therapie. Die Aufenthaltsdauer

ist überwiegend kurz, viele Patienten bleiben nicht bis zu einem regulären Therapieabschluss. Häufig werden aufgrund der Beobachtungen in der Therapie die Voraussetzungen für eine spätere forensische Unterbringung (nach § 63 oder 64 StGB) als nicht mehr erfüllt angesehen, die vorläufige Unterbringung wird daher nicht fortgeführt. Im Mittel werden viereinhalb Monate im MRV verbracht. Eine medikamentöse Therapie wird nur vereinzelt (bei etwa 20 %) durchgeführt.

Rückfällig werden vorläufig Untergebrachte eher selten: Über 70 % nie. Drogenabhängige und insbesondere persönlichkeitsgestörte Probanden sind gefährdeter als andere. Strafbares Verhalten wird bei lediglich drei Probanden aufgelistet. Tötlichkeiten und Entweichungen – überwiegend bei Drogenabhängigen bzw. Persönlichkeitsgestörten – sind ebenfalls seltene Ereignisse (7 % bzw. 5.8 %).

Dagegen werden bei über der Hälfte zahlreiche Behandlungsprobleme genannt. Hier fallen v. a. Alkoholranke negativ auf. Besonders schwierig scheint der Aufbau einer ausreichenden Behandlungsbereitschaft bzw. -motivation zu sein. Auch therapiefyndliches Verhalten wie Kontrollmanipulationen und Drogenbeschaffung belasten eine Therapie. Aggressivität, Suggestibilität, Sprachdefizite u. ä. werden ebenfalls beschrieben. Meist führen die Probleme auch dazu, dass die Therapie nicht weiter geführt wird und die Probanden in Haft zurückkehren.

Die Einschätzungen der erzielten Veränderungen bei denen, die die Therapie bis zu einem Abschluss durchgemacht haben, fallen eher vorsichtig aus. Nur bei einem Drittel bis 50 % sehen die Therapeuten Besserungen in Sozialverhalten, Störung oder Suchterkrankung. Diese kritische Haltung resultiert auch aus dem Umstand, dass häufig das Therapieprogramm nicht regulär absolviert wird, sondern eine Entlassung wegen einer Aussetzung auf Bewährung zustande kommt und sich diese juristische Entscheidung nicht nach dem Therapiefortschritt orientieren muss.

5.3.3 Therapieabschluss

5.3.3.1 Entlassungsart

Über 50 % werden auf Arten entlassen, die unter sonst subsumiert sind. Bei 15 Probanden wird der Unterbringungsbeschluss aufgehoben, fünf davon können auf Bewährung in Freiheit entlassen werden. 10 Probanden werden in andere Kliniken verlegt (meist im Zusammenhang mit § 35 BtMG), fünf Probanden müssen nach Begutachtung in die JVA zurück, zwei werden innerhalb des BKH's verlegt und je ein Proband tritt einen Zwischenvollzug an bzw. wird aus Deutschland abgeschoben. Bei über einem Drittel

verläuft die Therapie derart negativ, dass die Unterbringung aufgrund einer schlechten Prognose bzgl. eines zu erwartenden Therapieerfolgs abgebrochen wird. Ein Proband entweicht, fünf Probanden werden regulär entlassen.

Insbesondere Alkoholiker (n = 14) sind von einem vorzeitigen Abbruch betroffen; bei Persönlichkeitsgestörten, aber auch Drogenabhängigen wird eher versucht, eine Therapie in anderen Einrichtungen weiterzuführen (vgl. Abb. 5.51).

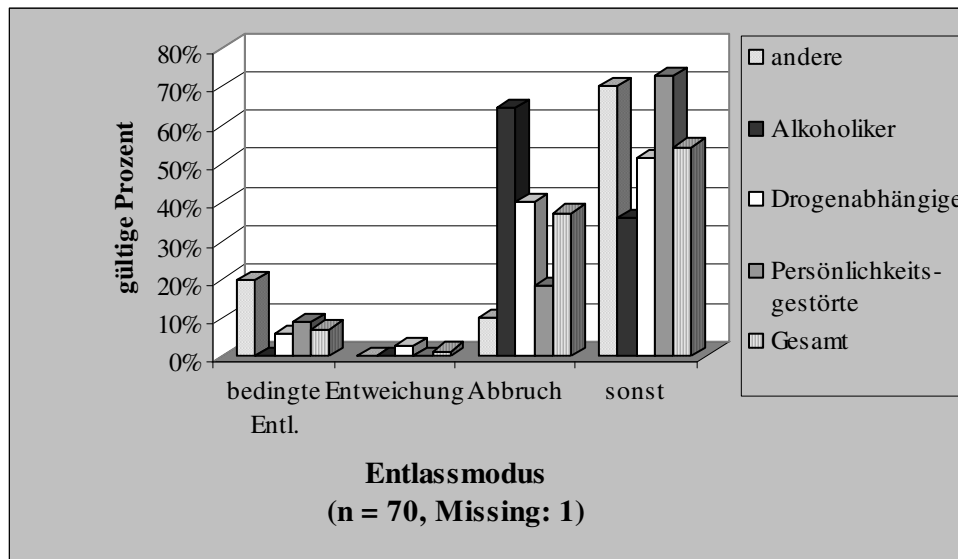


Abbildung 5.51: Entlassmodus getrennt nach Diagnosetyp, § 126 a StPO-Patienten (n = 71)

5.3.3.2 Entlassungsort

Entsprechend der Verteilung der Entlassmodi ist der Anteil der Probanden, die in eine JVA zurückkehren hoch: 47.6 % (n = 71, Missing: 8). In andere Einrichtung wechseln 18 Probanden (28.6 %). Über 12 % (n = 8) bleiben in Regensburg, drei im Landkreis. Je ein Proband zieht nach Passau / Landkreis und Garmisch / Landkreis, zwei in die nördliche Oberpfalz (Amberg).

5.3.3.3 Weisungen

17 Probanden erhalten Weisungen, bei 53 Probanden trifft dieses Item analog dem Entlassmodus nicht zu.

In der Untergruppe der sonstigen Weisungen sind in erster Linie stationäre Therapieauflagen vertreten. Etwas weniger häufig macht das Gericht die Auflage, eine ambulan-

te Therapie außerhalb der üblichen ambulanten Nachsorgegespräche anzutreten (vgl. Anhang E-2).

Die ausgesprochenen Weisungen sind denen, die Probanden mit anderen Rechtsgrundlagen gemacht werden, ähnlich.

5.3.3.4 Betreuer und Bewährungshelfer

Eine Betreuung spielt bei den vorläufig Untergebrachten kaum eine Rolle. Nur acht Probanden, 50 % davon schizophren Erkrankte, stehen unter einer gesetzlich bestellten Betreuung.

Der Bewährungshelfer ist der entlassenden Einrichtung zum Entlasszeitpunkt lediglich bei vier Probanden bekannt.

5.3.3.5 Arbeit

Das Item Arbeit bei Entlassung ist nur bei den Probanden von Interesse, die entsprechende Möglichkeiten dazu haben, also nicht inhaftiert sind oder in Einrichtungen mit geschlossenem Charakter verlegt werden. Dies trifft bei 22 Probanden zu. 10 Probanden sind erwerbslos, in anderen Kategorien finden sich nur vereinzelt Probanden: Minijob, Vollzeit-Arbeitsstelle, beschützte Arbeitsstelle, Selbständigkeit. Vier Probanden (mit Persönlichkeitsstörung bzw. Schizophrenie) sind berentet.

5.3.3.6 Wohnen

Auch das Item Wohnen ist nur bei o. g. 22 Probanden relevant. Von diesen leben 40.9 % alleine oder mit einem Partner bzw. der Familie. Bei anderen ist der Wohnort bzw. die Wohnform zum Entlasszeitpunkt unklar, da sich Familienbeziehungen geändert haben oder eine weitere (stationäre) Behandlung wahrscheinlich ist.

5.3.3.7 Finanzielle Situation

(1) Einkommen

Bei Entlassung ist die finanzielle Situation durch ein eigenes Einkommen bzw. staatliche oder familiäre Unterstützung bei 21 Probanden gesichert. Allerdings ist der Anteil der Probanden, die von Sozialhilfe leben, hoch: 33.3 %. Den Lebensunterhalt bestreiten nur drei Probanden alleine (Arbeitslohn bzw. Gewinne aus der Selbständigkeit). Vier leben von Lohnersatzleistungen.

(2) Schulden

Schulden haben 18 Probanden, bei 16 sind keine bekannt, bei vier ist die Schuldensituation unklar. Bei 33 Probanden machen die Therapeuten dazu keine Angaben bzw. sind zum Entlasszeitpunkt, u. U. bereits nach wenigen Tagen oder Wochen, nicht in der Lage, darüber Auskunft zu geben.

Sieben Probanden mit Schulden sind drogenabhängig, fünf alkoholkrank. Vier weitere leiden unter einer Persönlichkeitsstörung.

Bei je sechs Probanden ist eine Schuldenregulierung bereits in die Wege geleitet worden bzw. ist geplant. Zwei werden von einer Schuldenberatungsstelle unterstützt.

5.3.3.8 Familienstand

Die meisten Probanden sind alleinstehend: 65.2 % (n = 71, Missing: 2). 13 % leben in einer eheähnlichen Gemeinschaft, 10.1 % sind verheiratet. Weitere sieben sind geschieden oder leben getrennt, ein Proband ist verwitwet.

Drogenabhängige (n = 34) sind meist ohne Partner, Alkoholiker (n = 13) häufig bereits geschieden (vgl. Abb. 5.52). Die höchste Quote an Alleinstehenden haben Probanden mit einer Persönlichkeitsstörung: 81.8 % (n = 11).

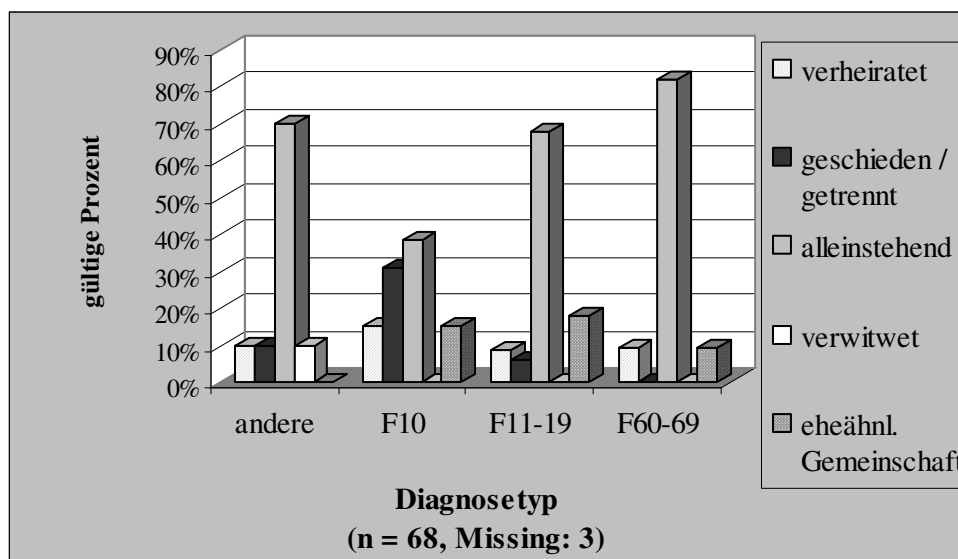


Abbildung 5.52: Familienstand getrennt nach Diagnosetyp, § 126 a StPO-Patienten (n = 71)

5.3.3.9 Kinder

69.1 % (n = 71, Missing: 3) haben keine Kinder, 18 ein Kind, drei weitere Probanden zwei bzw. drei. Insbesondere Drogenabhängige und Persönlichkeitsgestörte sind kinderlos: 78.8 % (n = 33) bzw. 81.8 % (n = 11).

5.3.3.10 Kontaktverhalten

(1) Sozialkontakte

Keinen Kontakt zur Familie haben 16 Probanden (n = 71, Missing: 5). 39.4 % sehen die Familie gelegentlich, 36.4 % häufig. Ohne freundschaftliche Verbindungen sind 41.3 % (n = 71, Missing: 8). 27 sehen Freunde in unregelmäßigen Abständen, 10 oft.

Alkoholranke (n = 13) sind besonders häufig ohne soziale Kontakte: 53.8 % haben keine Familienkontakte, 61.5 % keine Freunde. In anderen Diagnosegruppen wird gerade zur Familie von 70 bis knapp 90 % der Patienten ein zumindest unregelmäßiger Kontakt gehalten.

(2) Vereinszugehörigkeit

Vereinsmitgliedschaften spielen kaum eine Rolle. Nur zwei Probanden (n = 71, Missing: 10) sind in einem Verein als Mitglied eingetragen.

(3) Freizeitverhalten

Die Therapeuten sind bei 38 Probanden in der Lage, das Freizeitverhalten einzuschätzen. Bei nur sechs Probanden sprechen sie von einem aktiven Verhalten, d. h. diese Probanden treiben regelmäßig Sport oder sind mit Mitmenschen bei gemeinsamen Unternehmungen in Kontakt. Sie füllen ihre freie Zeit kreativ aus. 84.2 % sind dazu nicht in der Lage, sie sind kaum organisiert, nehmen eine konsumierende Haltung ein, zeigen wenig Eigeninitiative. Am meisten sind davon Alkoholranke und Persönlichkeitsgestörte betroffen (je zu 100 %, n = 9 bzw. n = 4).

5.3.3.11 Zusammenfassung Therapieabschluss

Die Datenanalyse bei vorläufig Untergebrachten ist bestimmt von der teilweise sehr niedrigen Fallzahl. Auch treffen einige Items nicht oder nur in Teilen zu, da dieses Klientel etwas anderen Rahmenbedingungen unterliegt. Die Anzahl der fehlenden Fälle variiert z. T. deutlich.

Lediglich fünf Probanden durchlaufen eine Therapie und werden regulär entlassen. Bei über 1/3 ist der Therapieverlauf derart problematisch, dass ihnen keine günstige Behandlungsprognose gestellt werden kann und die Unterbringung schließlich aufgehoben wird; diese Probanden kehren meist in Haft zurück. Eine weitere große Gruppe wird in andere Kliniken verlegt. Besonders Alkoholiker sind unter den als schwierig einzustufenden Probanden. Beinahe 50 % der § 126 a StPO-Klientel wird in eine JVA zurückverlegt, knapp 30 % wechseln in andere Einrichtungen. Die in Freiheit Entlassenen bleiben meist in Regensburg und Umgebung.

Die erteilten Weisungen entsprechen den Üblichen: Abstinenz und -kontrollen, ambulante Nachsorge, Behördenkontakte. Häufig werden auch Therapieauflagen (ambulant bzw. stationär) gemacht. Der vorläufigen Charakter der Unterbringung nach § 126 a StPO wird u. a. bei der Organisation der poststationären Zeit deutlich: Der Therapieeinrichtung sind die zuständigen Bewährungshelfer kaum bekannt, bei über 45 % der Betroffenen kann keine geeignete Arbeitsstelle bis zur Entlassung gefunden werden. Entsprechend hoch ist der Anteil der von staatlicher Unterstützung Lebender. Auch die Schuldensituation kann bei den meisten nicht geklärt werden.

Über 65 % sind ohne familiäre Bindungen, besonders deutlich ist dies bei Persönlichkeitsgestörten und Drogenabhängigen. Fast 1/4 haben einen Partner. Knapp 70 %, sehr häufig Drogenabhängige, sind kinderlos. Sozialkontakte bestehen meist zur Familie, freundschaftliche Kontakte haben über 40 % keine. Gerade Alkoholiker sind häufig sozial isoliert. Das Freizeitverhalten ist eher monoton, ohne kreatives Potential, überwiegend ohne Sozialkontakte. Dabei gelingt Drogenabhängigen eine aktivere Gestaltung ihrer freien Zeit noch am besten.

5.3.4 Probandeninterviews

5.3.4.1 Therapiebewertung

Die Anzahl der interviewten Patienten variiert stark. Häufig wird keine Befragung durchgeführt, da der Proband z. B. zu kurz in Therapie ist. Einige Probanden verweigern auch eine Mitarbeit (maximal acht). Bei diversen Items können einige keine Einschätzung abgeben, da sie dieses Modul nicht durchlaufen haben. Dies betrifft insbesondere die Sporttherapie, Freizeitmaßnahmen und AT, da dafür entsprechende Lockerungsstufen vorhanden sein müssen.

Besonders positiv beurteilen die Befragten Bausteine mit Gesprächscharakter (vgl. Tab. 5.91). Häufig ziehen sie sich auch auf eine mittlere Position zurück bzw. können

sich nicht entscheiden, ob das Modul überwiegend positiv oder negativ ist: BT, AT, Stufenprogramm und Stationsatmosphäre.

Insgesamt geben 16 Probanden auch eine Benotung der Therapie ab, sieben (9.9 %) verweigern dies. 18.8 % geben die beste Note, je 25 % eine Zwei bzw. Drei. Je zwei Probanden erteilen der Therapie die Note ausreichend und mangelhaft, ein Proband ist vollständig unzufrieden.

Tabelle 5.91: Modulbewertung in Häufigkeiten § 126 a StPO-Patienten (n = 71)

	negativ	neutral	positiv	Gesamt
Gruppentherapie	1	2	10	13 <i>Missing: 58, davon 8 Verweigerer</i>
Einzelpsychotherapie	1	3	11	15 <i>Missing: 56, davon 7 Verweigerer</i>
Sozialpädagogische Behandlung	1	5	10	16 <i>Missing: 55, davon 7 Verweigerer</i>
Pflegerische Behandlung	1	4	11	16 <i>Missing: 55, davon 7 Verweigerer</i>
Medizinische Behandlung	4	4	7	15 <i>Missing: 56, davon 8 Verweigerer</i>
Pflegegespräche	1	2	11	14 <i>Missing: 57 davon 8 Verweigerer</i>
Beschäftigungstherapie	1	5	6	12 <i>Missing: 59, davon 7 Verweigerer</i>
Arbeitstherapie	2	3	2	7 <i>Missing: 64, davon 7 Verweigerer</i>
Sporttherapie	0	0	4	4 <i>Missing: 67, davon 6 Verweigerer</i>
Freizeitaktivitäten	1	2	4	7 <i>Missing: 64, davon 7 Verweigerer</i>
Stufenprogramm	2	4	3	9 <i>Missing: 62, davon 7 Verweigerer</i>
Atmosphäre auf Station	3	7	6	16 <i>Missing: 55, davon 7 Verweigerer</i>

5.3.4.2 Interview

14 Probanden machen von der Möglichkeit Gebrauch, weitere Einschätzungen abzugeben. Tabelle 5.92 gibt die Nennungen wieder zum Thema „von was haben Sie profitiert“?. Wieder werden insbesondere Gesprächsmodule und deren Beziehungsaspekt positiv bewertet.

Tabelle 5.92: Therapiebewertung: profitiert von..., § 126 a StPO-Patienten (n = 14)

Wovon haben Sie profitiert?	Häufigkeiten	Gültige Prozent (n = 14)
Therapiemodule mit Fokus auf Gespräch und Beziehung	4	28.6
Patientenmilieu (Gruppenerleben, Modelllernen)	4	28.6
Team (Beziehungsaspekt)	3	21.4
Strukturgebende Maßnahmen	3	21.4
Therapieinhalte	3	21.4
Resozialisierungsmaßnahmen	1	7.1
Gesamt-Nennungen	18	

Zur Frage, was sie vermisst haben, geben 50 % Freiheit an. Aber auch die Freiheit auf Station (Bewegung, Rückzug, Privatsphäre) ist ein häufig vermisstes Gut (vgl. Tab. 5.93).

Tabelle 5.93: Therapiebewertung: was vermisst?, § 126 a StPO-Patienten (n = 14)

Was hat Ihnen gefehlt?	Häufigkeiten	Gültige Prozent (n = 14)
Freiheit (Selbständigkeit)	7	50.0
Infrastrukturelle Aspekte	3	21.4
Teamvariablen (Beziehungs-, Behandlungsaspekte)	2	14.3
Therapiemodule Therapieinhalte	1	7.1
Gesamt-Nennungen	13	

Tabelle 5.94 gibt die Schwierigkeiten in der Therapie wieder: Die 23 Nennungen beziehen sich häufig auf das Gruppenleben und seine Regeln. Aber auch das Eingeschränkt-

Sein (Zimmerisolation, Lockerungssperren etc.) wird von vielen als sehr unangenehm empfunden.

Tabelle 5.94: Therapiebewertung: Schwierigkeiten, § 126 a StPO-Patienten (n = 14)

Was fanden Sie unangenehm, wo hatten Sie Schwierigkeiten?	Häufigkeiten	Gültige Prozent (n = 14)
Einschränkende Maßnahmen	7	50.0
Patientenmilieu (Sozialverhalten, Gruppenhierarchie)	5	35.7
Einhalten von Regeln & Stationsordnung	5	35.7
Infrastrukturelle Aspekte	3	21.4
Therapiemodule (Inhalte, Setting)	1	7.1
Beginn der Therapie (Eingliederung)	1	7.1
Teamvariablen (Beziehungsungleichgewicht)	1	7.1
Gesamt-Nennungen	23	

Verbesserungswürdig halten knapp 30 % die Therapie in ihren Modulen und Inhalten (z. B. mehr Sporttherapie, diverse themenbezogene Gruppen wie Rückfallvermeidungsgruppe). Weitere Nennungen beziehen sich auf den äußeren Rahmen, aber auch Beziehungsaspekte zwischen Team und Patient oder Patienten untereinander (vgl. Tab. 5.95).

Tabelle 5.95: Therapiebewertung: Verbesserungsvorschläge, § 126 a StPO-Patienten (n = 14)

Haben Sie Verbesserungsvorschläge?	Häufigkeiten	Gültige Prozent (n = 14)
Therapiemodule Therapieinhalte	4	28.6
Infrastrukturelle Aspekte	3	21.4
Verhältnis Team-Patient	3	21.4
Stationskonzeption (Homogenität)	3	21.4
Mehr Freiheitsgrade	2	14.3
Freizeitbereich (auf und außerhalb der Station)	1	7.1
Gesamt-Nennungen	16	

5.4 Messzeitpunkt 2 „Katamnese“: § 63 StGB-Patienten

5.4.1 Soziodemographische Entwicklung

5.4.1.1 Berufliche Stellung

Zum Katamnesezeitpunkt sind 25.7 % (n = 37, bei zwei Probanden trifft das Item nicht zu: Heim- bzw. erneute MRV-Unterbringung) in einer Arbeitstherapeutischen Maßnahme, 17.1 % haben einen Minijob, ebenso viele eine sozialversicherungspflichtige Vollzeitstelle. Weitere Beschäftigungsformen sind: Werkstätte für behinderte Menschen (WfbM) oder Berentung (je fünf Probanden), Teilzeitstelle bzw. Ausbildung (je ein Proband), ein Proband ist seit einem Monat arbeitslos bzw. ein weiterer erwerbsunfähig. Die Anzahl der Vollzeiterwerbstätigen hat sich seit Entlassung verdoppelt, die Quote der geschützt Beschäftigten ist etwas zurückgegangen (von 42.9 % auf 40 %). Arbeitsplatzwechsel spielen nur bei 30 % eine Rolle. Zwei Probanden haben eine bessere bzw. für sie geeignetere Stelle gefunden, weitere zwei waren bei Entlassung nicht festangestellt. Bei zwei Probanden führen Unregelmäßigkeiten zur Kündigung, einer muss die Stelle wegen erneuter Behandlung aufgeben.

5.4.1.2 Wohnsituation

Binahe 50 % (48.6 %; n = 37) leben zum Katamnesezeitpunkt in einem Heim bzw. einer sozialtherapeutischen Übergangseinrichtung. 37 % wohnen alleine (n = 9) oder in der Familie (n = 5). Je zwei Probanden leben in der Regensburger betreuten Wohngemeinschaft (WG) für ehemalige forensische Patienten bzw. sind in Therapie. Ein Proband wohnt in einer nicht betreuten WG. Im Vergleich zum Entlasszeitpunkt hat sich an der Anzahl der Heimuntergebrachten nichts geändert. Erfreulicherweise können insgesamt aber nun mehr Probanden in einer selbständigen Wohnform leben.

Statistisch begründete, diagnostische Unterschiede lassen sich nicht darlegen; aber man kann sehen, dass gerade Persönlichkeitsgestörte (n = 7) eher alleine (57.1 %) oder mit der Familie (14.3 %) leben. Alle anderen Diagnosegruppen sind vorrangig als Heimuntergebrachte vertreten: Z. B. Schizophrenie (n = 16) mit 43.8 %.

5.4.1.3 Finanzielle Situation

Die finanzielle Situation scheint bei nahezu allen Probanden gesichert. Nur bei zwei ist sie problematisch; ein Heimproband bekommt Rente, ein anderer, allein Lebender Sozialhilfe. 52.8 % (n = 37, bei einem trifft das Item nicht zu) geben eine Mischform der

Finanzquellen an: Rente, Sozialhilfe, Entgelt aus AT etc. Sieben Probanden leben von Sozialhilfe, fünf können ihren Lebensunterhalt aus dem eigenen Verdienst bestreiten, vier erhalten ausschließlich Rente. Einem Probanden werden Lohnersatzleistungen ausbezahlt.

Zum Follow-up haben 13 Probanden ($n = 37$, bei einem trifft das Item nicht zu) Schulden, bei einem Probanden ist die Schuldensituation unklar. 60 % sind schuldenfrei. Im Vergleich zur Entlassung hat sich nach eigener Einschätzung die Schuldensituation bei 50 % ($n = 21$, Missing: 1) verbessert, bei neun sei sie gleich geblieben und ein Proband beklagt eine Verschlechterung. Unterstützung durch eine Schuldnerberatung bekommen nur zwei, bei zwei weiteren ist es bereits zu einer (Lohn-) Pfändung gekommen.

5.4.1.4 Familienstand

Der Familienstand ändert sich nur bei wenigen Probanden (vgl. Abb. 5.53). Von ursprünglich 26 Alleinstehenden sind 23 weiterhin ohne Partner, die Quote derer mit (Ehe-) Partner erhöht sich von acht auf zehn ($n = 37$, Missing: 2, ein Proband verweigert die Antwort).

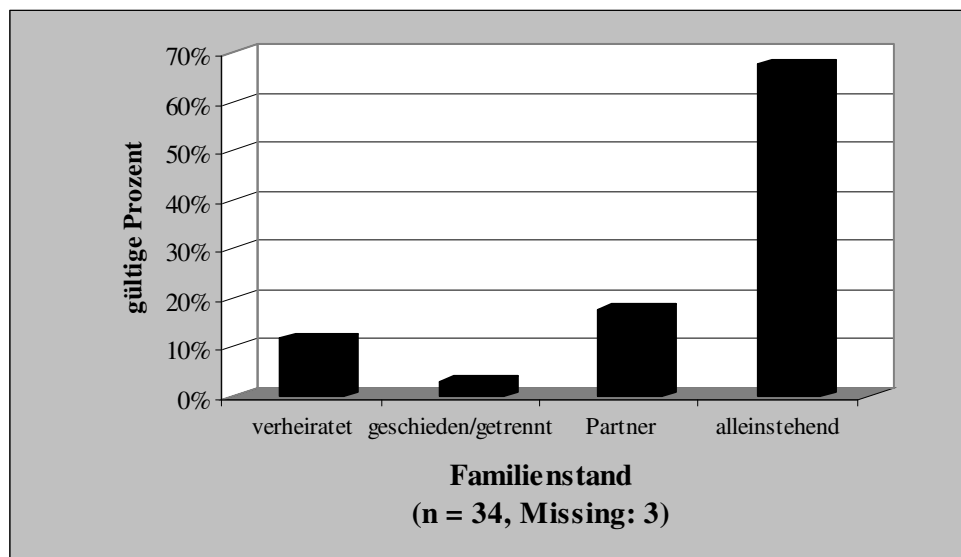


Abbildung 5.53: Familienstand, § 63 StGB-Katamnesepatienten ($n = 37$)

Schizophrene ($n = 16$) sind zu 93.8 % alleinstehend, Persönlichkeitsgestörte ($n = 6$) leben zu 50 % in einer Partnerschaft. Die anderen diagnostischen Gruppen sind für interpretierbare Aussagen zu schwach besetzt.

5.4.1.5 Sozialkontakte und Freizeitverhalten

Zur Familie haben beim Follow-up 45.9 % (n = 37) häufig Kontakt, 15 gelegentlich und fünf sind völlig ohne familiäre Bindungen. Im Vergleich zur Therapie- bzw. Entlass-situation hat sich wenig verändert (18 haben regelmäßig, 11 gelegentlich und sechs kei-nen Kontakt).

Freundschaften sind etwas seltener: 13 (n = 37, Missing: 1) sprechen von einer häu-figen Kontaktfrequenz, 12 von sporadischen und 11 von keinen Beziehungen. Hier hat sich eine leichte Verbesserung eingestellt, da zu Therapiezeiten noch 16 Probanden oh-ne jegliche freundschaftliche Beziehungen waren.

Gerade Persönlichkeitsgestörten scheint es gut zu gelingen, Freundeskontakte zu ha-ben (83.3 % der sechs Probanden sind in stetigem Kontakt). Zur Familie halten 57.1 % immerhin sporadischen Kontakt, 28.6 % regelmäßigen (n = 7). Schizophrene (n = 16) dagegen sind eher in die Familie eingebunden (nur 12.5 % haben keine Beziehungen zur Familie mehr); 31.3 % sind ohne Freundeskontakte.

Das Vereinsleben spielt nach wie vor kaum eine Rolle: 77.1 % (n = 37, Missing: 2) sind nicht organisiert.

Das Freizeitverhalten hat sich etwas in Richtung Aktivität verändert: Noch bei Ent-lassung werden 21 Probanden als passiv (konsumierend, kaum kreativ, keine Sozialkon-takte etc.) in ihrem Freizeitverhalten beschrieben. Beim Follow-up reduziert sich dieser Anteil auf 16 (n = 37, Missing: 4).

5.4.2 Legalbewährung

Eine wichtige Messgröße für die Effektivität im Maßregelvollzug ist die erneute Straf-fälligkeit bzw. Legalbewährung nach Entlassung (Seifert, Boltens & Möller-Mussavi, 2003). Eine Besonderheit der vorliegenden Studie ist die Analyse auch nicht behördlich erfasster oder verfolgter Straftaten: Alle vom Patienten selbst, von seinem Bewährungs-helfer, Betreuer oder Nachsorgetherapeut angegebenen, strafrechtlich relevanten Taten werden aufgenommen.

In vielen Studien werden zwei Erfolgsstufen berechnet. Eine untere Schätzgrenze, die alle Probanden einschließt (Nichtantworter werden dabei als Rückfällige bzw. Be-währungsversager definiert), gibt Auskunft über die tatsächlich anzunehmende Legal-bewährungsquote. Eine Berechnung, die nur die vorliegenden Informationen der Er-reichbaren berücksichtigt, führt zu einer oberen Schätzgrenze. Während bei der ersten Formel die Gefahr einer Unterschätzung der Erfolgsquote besteht, kann die Zweite zur

Erfolgsüberschätzung führen. In der Literatur wird kritisiert, dass Nichtantworter nicht immer korrekt als Versager zu definieren sind, da auch andere Gründe für eine Nichtteilnahme denkbar und wahrscheinlich sind (Funke & Krampen, 1985): Distanz zur Therapie, Umzug in entferntere Regionen (Nichterreichbarkeit), keine Kontaktaufnahme möglich (lange Arbeitszeiten, kein Telefon, Urlaub o. ä.) etc. In dieser Studie werden daher die Probanden ausgeschlossen, von denen keine Informationen vorliegen und dies nicht auf einer aktiven Verweigerungshaltung beruht: Abschiebung, Suizid, Umzug etc.

Zur Berechnung der unteren Schätzgrenze werden alle Probanden in die Analyse eingeschlossen, die für eine Zweitbefragung vorgesehen sind. Die Probanden, die diese bei Kontaktierung ablehnen ($n = 2$), werden als straffällig definiert. Bei zwei weiteren, die eine Befragung verweigern, können dennoch Informationen von Bewährungshelfer bzw. Nachsorgetherapeut eingeholt werden, so dass diese entsprechend der Fremdinformation eingetragen sind. Damit werden 39 Probanden in die Analyse einbezogen.

Nicht straffällig werden 84.6 % der 39 Probanden; lediglich bei sechs kam es zu strafbarem Verhalten. Da die Unterklassen überwiegend sehr schwach besetzt sind, muss auch im Folgenden auf detaillierte Analysen verzichtet werden. Daher kann nur deskriptiv erwähnt werden, dass vier der sechs Straffälligen frühere Gewalttäter sind.

Die obere Schätzgrenze bezieht ausschließlich die ein, von denen direkt oder indirekt Informationen zu bekommen sind ($n = 37$). Bei vier Probanden liegen nur Fremdinformationen vor: Zwei davon verweigern eine direkte Kontaktierung (einer leidet an Schizophrenie, beim zweiten wird keine Diagnose angegeben) und bei zwei weiteren (beide persönlichkeitsgestört) kommt aus anderen Gründen kein Gespräch zustande.

Hier liegt die Legalbewährungsquote bei 89.2 % ($n = 37$). Tabelle 5.96 zeigt die Deliktverteilung, die eine gesunkene Deliktschwere im Vergleich zu den Indexdelikten erkennen lässt.

Diagnostisch handelt es sich bei den Rückfälligen um zwei Schizophrene und einen Persönlichkeitsgestörten, zwei sind komorbid Suchtmittelmissbraucher. Bei einem Vierten werden weder Diagnose noch forensische Informationen angegeben. Die Bewährungsversager sind als Gewalttäter (zwei Probanden) bzw. Eigentumsdelinquente (ein Proband) vormals im Erscheinung getreten. Einer ist bis zum Anlassdelikt nicht vorbestraft, zwei andere haben BZR-Eintragungen wegen Körperverletzung, Betrug- und BtMG-Delikt.

Tabelle 5.96: Deliktverteilung, strafrechtlich auffällige § 63 StGB-Katamnese-patienten (n = 4)

Deliktgruppe	Häufigkeiten	Gültige Prozent (n = 4)
Weisungsverstoß	2	50.0
Betrug / Diebstahl	2	50.0
BtMG	1	25.0
Gesamt: Deliktanzahl / Probanden	5 / 4	

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Bei zwei Probanden spielen Suchtmittel bei Tatbegehung eine Rolle; beide sind bereits zu Therapiezeiten als Suchtmittelrückfällige aufgefallen, einer hat zudem eine Drogenmissbrauchsdiagnose. Bei beiden ist die Weisung erteilt worden, sich von Suchtmitteln fern zu halten.

Der Zeitpunkt der Straffälligkeit liegt bei 75 % im ersten Halbjahr nach Entlassung: Ein Proband wird bereits nach einem Monat auffällig, zwei nach fünf bis sieben Monaten und ein weiterer nach 11 bis 12 Monaten.

Nur zwei Probanden (mit BtMG-, Betrugsdelikt bzw. Weisungsverstoß) werden verurteilt (Geldstrafe). Bei einem mit Weisungsverstoß Rückfälligen erfolgt keine Anzeige, bei einem Vierten wird das Verfahren eingestellt (Betrugsdelikt). Die beiden Probanden mit Geldstrafe, beide unter Schizophrenie leidend, erwarten zudem einen Bewährungswiderruf. Kein Proband hat ein weiteres Ermittlungsverfahren gegen sich laufen.

5.4.3 Psychopathologischer Zustand

5.4.3.1 Psychopathologie

Die psychiatrische Erkrankung scheint zum Katamnesezeitpunkt überwiegend stabil oder sogar gebessert. 73 % der 37 Probanden werden von dem zuständigen Interviewer bzw. den nachsorgenden Experten als psychopathologisch stabil bezeichnet. Bei zehn Probanden muss zum Befragungszeitpunkt eher von einer psychopathologischen Verschlechterung ausgegangen werden.

Besonders gut schneiden Persönlichkeitsgestörte ab (von Sieben gelten Sechs als stabil), aber auch von 16 Schizophrenen können 3/4 in diese Kategorie eingestuft werden.

Die Differenzierung nach unterer und oberer Schätzgrenze ist in dieser Teilstichprobe nicht geboten, da bei beiden Verweigerern als Motiv ihrer Haltung nicht unbedingt auf eine psychopathologische Verschlechterung geschlossen werden kann. Andere Gründe als Vertuschen einer psychopathologischen Verschlechterung (z. B. Distanz zum Maßregelvollzug bzw. gewollter Kontaktabbruch) kommen eher als Erklärung in Frage.

5.4.3.2 Krankheitsbewältigung

Eine medikamentöse Unterstützung ist bei vielen Probanden auch zum Katamnesezeitpunkt notwendig: 75.7 % (n = 37) werden entsprechend behandelt. 24 erhalten Neuroleptika, fünf (zudem) Antidepressiva. Bei über 1/3 wird die Dosis seit Entlassung nicht verändert (vgl. Abb. 5.54).

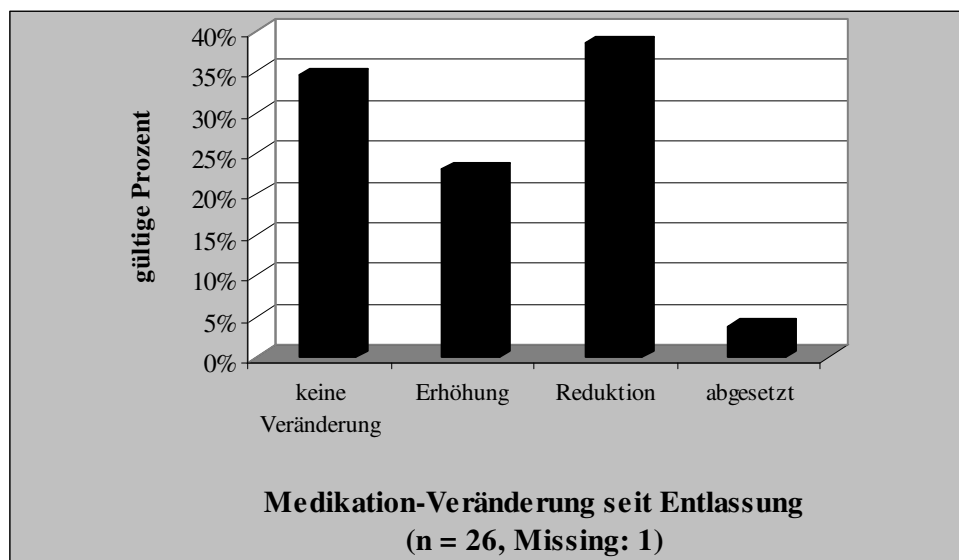


Abbildung 5.54: Medikamentengabe: Veränderung seit Entlassung, medikamentös behandelte § 63 StGB-Katamnesepatienten (n = 27)

Medikamentös behandelt werden insbesondere Schizophrene (100 %), aber auch Intelligenzgeminderte (75 %; n = 4) und 50 % der vier Suchtkranken, sie nehmen meist Neuroleptika. Zwei der sieben Persönlichkeitsgestörten erhalten Medikamente (Antidepressiva). Auch bei den Schizophrenen können einige Probanden eine Dosisreduktion erreichen: 43.8 %. Fünf werden wie bei Entlassung mediziert, drei müssen eine Erhöhung hinnehmen, bei einem wird das Medikament abgesetzt.

Eine erneute stationäre Behandlung treten 11 Probanden an – beinahe ausschließlich in einer Psychiatrie (30.6 %; n = 37, Missing: 1). Bei neun Probanden erfolgt die Auf-

nahme freiwillig. Fünf der stationär Behandelten leiden unter Schizophrenie, drei sind persönlichkeitsgestört, einer intelligenzgemindert. Bei zwei weiteren ist keine diagnostische Zuordnung möglich.

Abbildung 5.55 stellt dar, dass Schizophrene (n = 16) zu 68.8 % nicht behandelt werden müssen, auch die vier Intelligenzgeminderten sind zu 3/4 davon unberührt. Bei Persönlichkeitsgestörten werden 50 % (n = 7, Missing: 1) wieder aufgenommen.

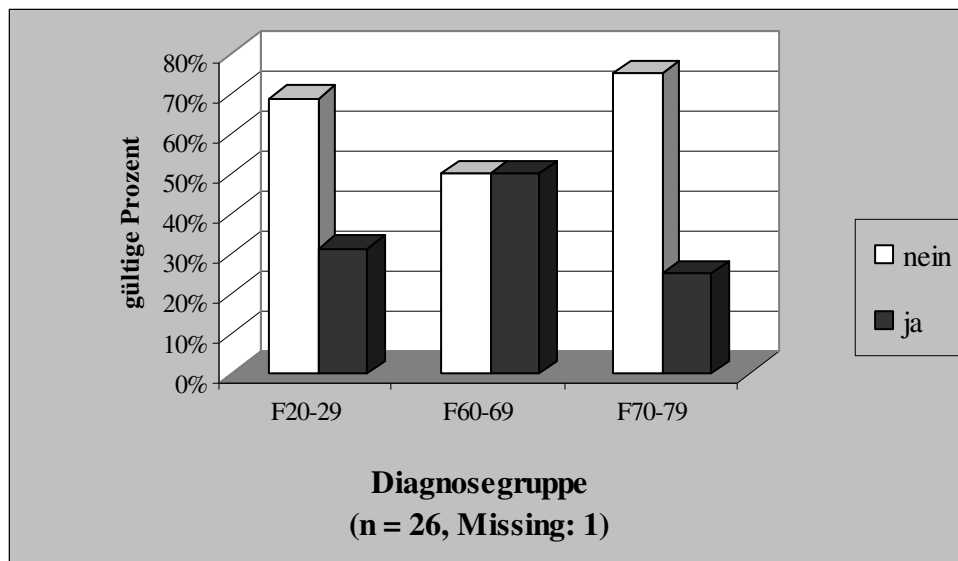


Abbildung 5.55: Stationäre Wiederaufnahme, § 63 StGB-Katamneseepatienten (n = 27)

Ambulant müssen sich 14 Probanden (n = 37, Missing: 2) behandeln lassen; überwiegend bei einem Arzt (n = 13). Auch hier überwiegt der Anteil derer, die sich freiwillig in diese Behandlung begeben: 84.6 %.

37.5 % der 16 Schizophrenen, beide Probanden mit einer Diagnose aus F00-09 ICD-10, drei mit einer F60-69-Diagnose und zwei mit einer Intelligenzminderung werden ambulant behandelt.

5.4.3.3 Nachsorge

Knapp 3/4 nehmen die Nachsorge ernst und sprechen regelmäßig (mind. monatlich) mit ihrem Therapeuten (vgl. Abb. 5.57). 84 % der 25 Nachsorgeprobanden nutzen die Institutsambulanz. Drei suchen einen niedergelassenen Arzt oder Psychologen auf und ein Proband nutzt die wohnortnahe Ambulanz eines anderen Bezirkskrankenhauses.

14 (n = 28, Missing: 3) sehen die Gespräche als hilfreich, acht dagegen sprechen von einer lästigen Pflicht. Drei sind eher ambivalent.

Kontakte zu weiteren Hilfsdiensten, sozialpsychiatrischer Dienst oder Suchtberatungsstelle, werden kaum berichtet: Nur zwei Probanden besuchen ersteren mehrmalig, vier wenden sich auch an die Suchtberatungsstelle.

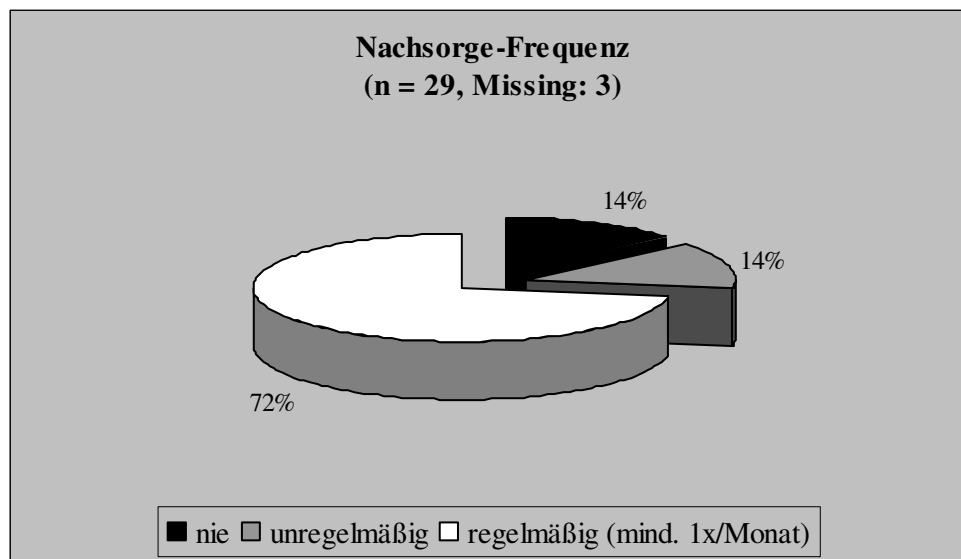


Abbildung 5.56: Gerichtlich auferlegte Weisung „Nachsorge“, § 63 StGB-Katamnese-patienten (n = 32)

5.4.3.4 Umgang mit Suchtmitteln

Der Umgang mit Suchtmitteln ist auch bei § 63 StGB-Patienten interessant, da diese häufig einen zumindest missbräuchlichen Konsum betreiben bzw. komorbid eine Suchtdiagnose haben. Abstinenter von Drogen oder Alkohol leben 50 % der 18 Probanden, bei denen eine Gefährdung vorliegt. 1/3 kann sich nach einem Rückfall wieder stabilisieren, zwei Probanden (ein Schizophrener bzw. Persönlichkeitsgestörter) sind unregelmäßige Konsumierer und ein (schizophrener) Proband hat keinerlei suchtmittelfreie Zeiten.

Die vier Probanden, die als Hauptdiagnose eine Suchterkrankung führen, können alle dauerhaft bzw. nach Rückfall abstinent leben. Werden sie rückfällig, dann ausschließlich mit Alkohol. Die 11 komorbid Erkrankten leben ebenfalls meist unauffällig (n = 7); ein Proband betreibt allerdings Dauerkonsum (mit Alkohol), einer einen mäßigen Kon-

sum (mit Drogen). Bei zwei Probanden aus dieser Gruppe kann der Interviewer zum Katamnesezeitpunkt keine Relevanz der früheren Suchtdiagnose mehr erkennen.

Insgesamt ist das Suchtmittel der Wahl Alkohol (80 %; n = 10). Nur ein Proband greift zu Drogen, ein weiterer zeigt multiplen Konsum. Damit sind die Konsumierer ihrem früheren Suchtstoff meist treu geblieben, nur zwei wechseln von Drogen zu Alkohol.

Bei 50 % (n = 10) erfolgt der Rückfall bereits innerhalb der ersten vier Monate nach Entlassung. Zwei werden nach fünf bis sieben Monaten auffällig, ein Proband nach acht bis zehn Monaten und zwei erst nach einem Jahr. Die Hälfte belässt es bei einem Rückfall. Zwei von zehn werden zwei- bis viermal instabil, einer hat mehr als sechs Rückfälle und einer ist Dauerkonsumierer. Die erste Rückfallphase dauert bei 70 % Stunden bis einige Tage.

60 % werden alleine, 40 % in Gesellschaft rückfällig. Bei über 50 % führen belastende Situationen zum Rückfall (vgl. Abb. 5.57).

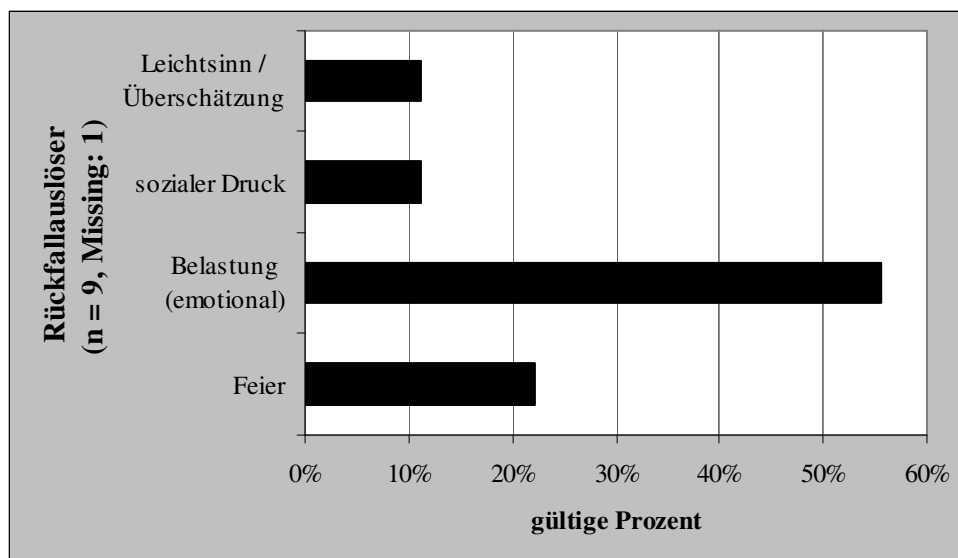


Abbildung 5.57: Rückfallauslöser, suchtmittelrückfällige § 63 StGB-Katamnesepatienten (n = 10)

Vier Probanden suchen nach fachlicher Hilfe, um den Rückfall zu bearbeiten. Zwei nutzen eine Mischform mit bereits in der Therapie aufgebauten sog. Rettungsankern (Freunde, Familie, fachliche Hilfe etc.). Vier werden nicht initiativ tätig. Neun der Abstinenter bzw. Nach-Rückfall-Abstinenter (n = 15) leben in einem Heim.

5.4.3.5 Zusammenfassung Lebenskontext

Auch nach einer mindestens einjährigen Beobachtungszeit spielen extramurale Angebote in der Regensburger Arbeit wie auch in anderen Studien eine große Rolle (Lincoln et al., 2005; Pozsár, 2001; Seifert et al., 2001; Thier, 1990). 40 % sind geschützt beschäftigt, nur 37 % leben alleine oder mit ihrer Familie.

Der Familienstand bleibt meist unverändert: 66 % sind alleinstehend. Gerade Schizophrenen, überwiegend in Heimen o. ä. lebend, haben keinen Partner; dagegen können fast 50 % der Persönlichkeitsgestörten eine derartige Bindung eingehen. Die Kontakte zur Familie sind bei nahezu 50 % der ehemals psychiatrischen Patienten regelmäßig, Freundschaften entwickeln sich seltener. Auch andere Studien können bei etwa der Hälfte eine soziale Einbettung nachzeichnen (Pozsár, 2001). Hier scheint sich in den vergangenen Jahren eine Veränderung eingestellt zu haben, denn Ritzel muss noch 1978 erkennen, dass das Verhältnis zwischen Probanden und Angehörigen meist eher schlecht ist und im Laufe der Unterbringung auch nicht verbessert werden kann, so dass die Mehrheit seiner 443 Probanden zum Befragungszeitpunkt nur negativen oder keinen Kontakt mehr zur Familie oder zu Freunden hat. Das Freizeitverhalten dagegen ist nach wie vor eher passiv; ähnlich beschreibt dies auch Ritzel (1978), der von Monotonie und Kontaktarmut spricht.

Die Legalbewährung variiert je nach Umgang mit Verweigerern zwischen 84.6 % (untere Schätzgrenze) und 89.2 % (obere Schätzgrenze). In anderen Studien mit meist mehrjährigen Legalbewährungszeiten werden 18 bis zu 50 % straffällig (Ritzel, 1978; Thier, 1990). Seifert (2007) berechnet die Rückfallrate seiner Stichprobe (n = 255) bezogen auf die ersten beiden Jahre nach Entlassung und erhält eine Legalbewährungsquote von 83.5 %. Die österreichischen Autoren um Treichl (2001) erreichen sogar eine Legalbewährungsquote von 100 % und führen dies auf eine kürzere Beobachtungsdauer (im Schnitt 2,1 Jahre), aber insbesondere auf die enge Zusammenarbeit zwischen Therapieeinrichtung und Nachsorgeinstitution zurück. Die Delikte, zu 75 % in den ersten sechs Monaten nach Entlassung begangen, sind in ihrer Art als weniger schwer zu bezeichnen: Weisungsverstoß, Betrug bzw. Diebstahl und BtMG-Verstoß. Dies kann auch in anderen Studien bestätigt werden (Dimmek & Duncker, 1996; Gretenkord, 2001; Pozsár, 2001; Ritzel, 1978; Seifert, 2007). Strafrechtliche Konsequenzen erfolgen kaum. Die Rückfälligen sind bei Anlassdelikt bzw. in der forensischen Vorgeschichte häufig als Gewalt- oder Eigentumstäter aufgefallen. Sexualdelinquente sind nicht unter den Rückfälligen. Damit unterscheidet sich die Studie deutlich von anderen: Dimmek

und Duncker (1996) müssen von einer einschlägigen Rückfallquote bei Sexualstraftätern ($n = 37$) von 27 % ausgehen. Diagnostisch handelt es sich bei den Straffälligen der vorliegenden Studie um Probanden mit Schizophrenie bzw. Persönlichkeitsstörung, u. U. mit komorbider Suchterkrankung. Suchtmittel spielen bei zwei Probanden bei Tatbegehung eine Rolle. Bei Ritzel (1978) haben Psychopathen ebenfalls eine überdurchschnittliche, Schizophrene allerdings eine unterdurchschnittliche Versagerquote.

Psychopathologisch zeigt sich eine gewisse Stabilisierung: 3/4 der Probanden zeigen zum Befragungszeitpunkt keine bedeutenden Verschlechterungen. Auch Thier (1990) kann bei 68 % seiner 27 Probanden in der mehrjährigen Beobachtungszeit keine oder wenig gravierende Beeinträchtigungen feststellen. Die medikamentöse Unterstützung ist gerade bei Psychotikern nach wie vor wichtig. Fast 1/3 der untersuchten Probanden muss im Laufe der Zeit mindestens einmal in stationäre Behandlung, 40 % ambulant; häufig sind Schizophrene davon betroffen. Auch die gerichtlich auferlegte Nachsorge spielt eine große Rolle und wird von 3/4 regelmäßig wahrgenommen. Überwiegend sind die Nachsorgeprobanden in der Institutsambulanz integriert. In anderen Studien sind die Angaben zur medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung, aber auch zu den Wiederaufnahmeraten ähnlich (Lincoln et al., 2005; Pozsár, 2001; Thier, 1990).

Der Umgang mit Suchtmitteln (meist handelt es sich um Alkohol) ist unterschiedlich. Alle als primär suchtkrank Diagnostizierten sind entsprechend sensibilisiert und schaffen eine weitgehende Abstinenz. Ein Heimaufenthalt kann ähnlich wie beim Legalverhalten unterstützend wirken (Ritzel, 1978). Komorbid Erkrankte sind etwas gefährdeter, ein Betroffener gilt als Dauerkonsumierer. Auch bzgl. Suchtmittelrückfälligkeit ist das erste Halbjahr besonders problematisch. Insgesamt hat sich im Vergleich zur Ritzel'schen Studie eine Verbesserung eingestellt. Der Autor definiert Alkoholmissbrauch als tabuisiertes Thema, das aber bei 50 % der Probanden eine Rolle im Alltag spielt, und beschreibt den Zusammenhang zwischen sozialer Desintegration und Alkohol.

5.4.4 Erfolgseinschätzung

5.4.4.1 Interviewer

Die Interviewer stufen die explorierten Probanden ($n = 37$) in vier Gruppen ein: Stabil und straffrei sind alle unauffälligen Probanden; exacerbiert und straffrei meint, dass die Betroffenen zwar durchaus schwankende psychopathologische Verläufe haben, aber dennoch ohne weitere strafrechtliche Auffälligkeiten bleiben. Exacerbation und Straftat beschreibt in beiden Kategorien negative Entwicklungen und schließlich Exacerbation

und Straftat mit Freiheitsstrafe oder Widerruf: Diese letzte Klasse betont die besondere Tragweite der erneuten Straffälligkeit. Abbildung 5.58 gibt einen Überblick.

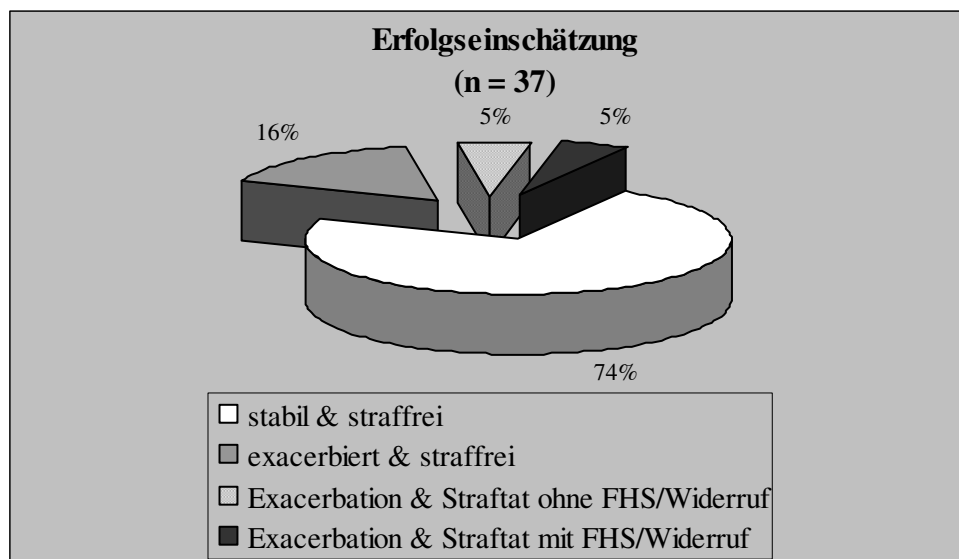


Abbildung 5.58: Erfolgseinschätzung, § 63 StGB-Katamnesepatienten (n = 37)

Eine Differenzierung nach Index-Deliktart ist problematisch, da viele Subgruppen nur sehr schwach besetzt sind. Die größte Gruppe der Gewalttäter (n = 22) weist eine Erfolgsquote von 81.8 % auf. Ähnlich hoch ist sie bei der zweitgrößten Gruppe der Sexualstraftäter (n = 6), bei denen 83.3 % psychopathologisch stabil und straftatfrei leben. Von drei Eigentumsdelinquenten lebt einer stabil und straffrei, einer exacerbiert, aber bleibt strafrechtlich unauffällig, und ein letzter ist deutlich psychopathologisch verschlechtert und hat eine Straftat begangen. Ein Brandstifter ist erfolgreich in beiden Kategorien, zwei dagegen sind exacerbiert, aber ohne Straftat.

Tabelle 5.97: Erfolgseinschätzung und Hauptdiagnose in (absoluten) Häufigkeiten, § 63 StGB-Katamnesepatienten (n = 37)

Haupt-diagnose	Stabil & straffrei	Exacerbiert & straffrei	Exacerbation & Straftat	Exacerbation & Straftat mit FHS / Widerruf	Probanden (n = 33, Missing: 4)
F00-09	2	0	0	0	2
F10-19	3	1	0	0	4
F20-29	12	2	0	2	16
F60-69	6	0	1	0	7
F70-79	2	2	0	0	4

Bei den Diagnosegruppen lohnt sich eine differenzierte Analyse ebenso wenig aufgrund der geringen Gruppengrößen. Deskriptiv kann man festhalten, dass die große Gruppe der Schizophrenen zu 75 % erfolgreich ist. Auch bei persönlichkeitsgestörten Probanden zeichnet sich ein Erfolg ab: 85.7 % sind unauffällig (vgl. Tab. 5.97).

Kein Proband hat eine Straftat begangen, ohne dass es auch zu einer psychopathologischen Verschlechterung gekommen ist.

5.4.4.2 Proband

Ein weitere Möglichkeit, die Effektivität der Unterbringung zu analysieren, bieten Veränderungsmaße, die die subjektive Sicht des Betroffenen zu Lebenszufriedenheit und Einschätzung der Zielerreichung abbilden (Michalak et al., 2003). Dazu werden die Probanden aufgefordert, zu vier Themenfeldern (Veränderung der Situation bezogen auf die Erkrankung, die berufliche Stellung, die Partnerschaft bzw. Sozialkontakte und auf sich selbst) die erlebte Veränderung seit Therapieende einzustufen: Keine, ja zum Negativen, ja zum Positiven.

Viele Probanden nehmen die Gelegenheit wahr, ihre Lebenssituation selbst einzuschätzen (vgl. Tab. 5.98). Die Einstufungen variieren je nach Thema deutlich: Die Krankheitsproblematik habe sich bei 69.7 % verbessert. Dagegen sehen nur 21.4 % eine positive Veränderung ihrer beruflichen Situation seit Entlassung, 60.7 % können keine Veränderungen erkennen. Die soziale Integration habe sich stark verbessert, meinen 66.7 %. Zum Abschluss schätzen 81.5 %, sie hätten sich in ihrer Persönlichkeit zum Positiven verändert.

Tabelle 5.98: Veränderungen seit Entlassung in (absoluten) Häufigkeiten, § 63 StGB-Katamnesepatienten (n = 37)

Veränderungsbereich	<i>verschlechtert</i>	<i>keine - Veränderung</i>	<i>verbessert</i>	Probanden
Krankheit	0	10	23	33 (Missing: 1, verweigert: 3)
Berufli. Situation	5	17	6	28 (Missing: 6, verweigert: 3)
Soziale Integration	2	9	22	33 (Missing: 1, verweigert: 3)
Persönlichkeit	1	4	22	27 (Missing: 7, verweigert: 3)

Die Gruppe der Schizophrenen wird aufgrund ihrer Größe genauer betrachtet. Wieder wird deutlich, dass in nahezu allen Bereiche sehr viele Probanden eine zufriedenstellende Entwicklung sehen können. Die Krankheit habe sich verbessert, meinen 53.3 % (n = 16, Missing: 1). Damit sind Schizophrene etwas skeptischer als andere Probanden. Auch das Item berufliche Situation wird von vielen schizophrenen Probanden eher negativ eingestuft: 66.7 % sehen keine Veränderung, 26.7 % sind sogar der Meinung, diese habe sich verschlechtert. Positiv habe sich aber die soziale Integration verändert, meinen 60 %; zumindest keine Verschlechterung sehen 26.7 %. 80 % sind zudem der Meinung, dass sie sich selbst positiv verändert haben.

5.4.5 Verlaufsprädiktoren

5.4.5.1 Legalbewährung

Die Analyse der Verlaufsprädiktoren leidet im Bereich der § 63 StGB-Probanden unter der insgesamt kleinen Stichprobe bzw. der häufig nur einzeln besetzten Untergruppen bei diversen Items. Dennoch wird versucht, durch Gruppenzusammenführung eine zumindest explorative Analyse relevanter Prädiktoren zu ermöglichen.

Die Anlassdeliktgruppen werden reduziert auf: Gewalt (n = 22), Sexualdelinquenz (n = 6) und sonstige (n = 7). Bei zwei Probanden fehlen entsprechende Informationen. Auch die Hauptdiagnoseneinteilung muss in ihrer Bandbreite verkleinert werden: Schizophrenie (n = 16), Persönlichkeitsstörung (n = 7) und sonstige (n = 10). Bei vier Probanden liegen keine diagnostischen Angaben vor.

Abbildung 5.59 verdeutlicht, dass die Legalbewährung bei allen Probanden sehr gut ausfällt. Besonders Sexualdelinquente kommen gut zurecht.

Schließt man die beiden Verweigerer der Katamnesebefragung mitein und definiert sie als Legalbewährungsversager, so erhöht sich die Straffälligenquote auf 13.5 % (n = 39, Missing: 2). Beide Verweigerer sind schizophrene Gewalttäter, d. h. die Quote der Bewährungsversager bei den Probanden mit Index-Delikt Gewalt erhöht sich auf 16.7 %.

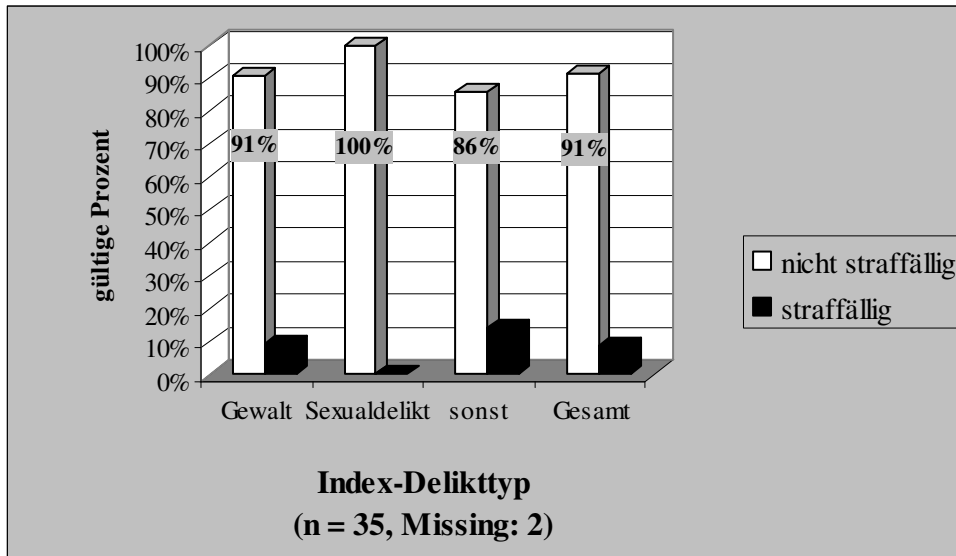
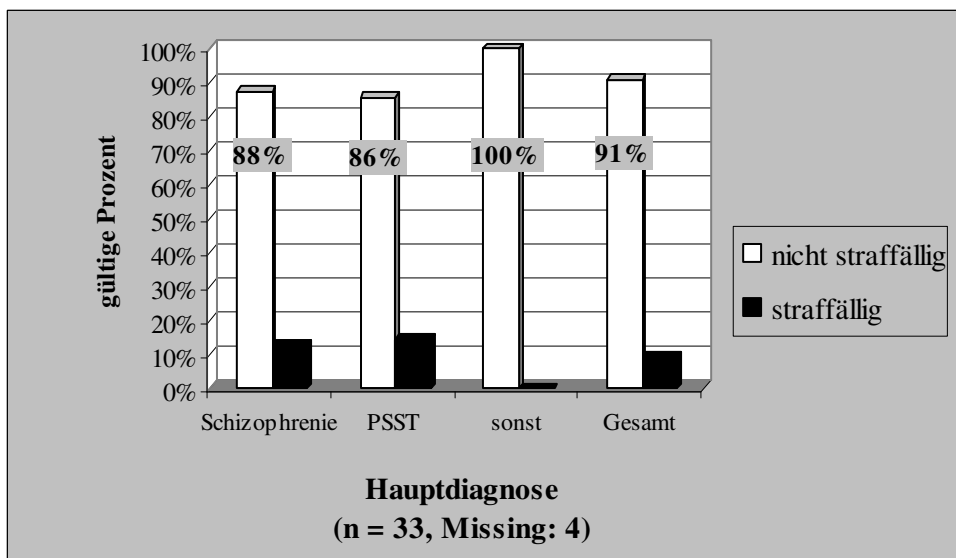


Abbildung 5.59: Reduzierte Index-Delikteinteilung kombiniert mit Legalbewährung, § 63 StGB-Katamnesepatienten (n = 37)

Abbildung 5.60 zeigt die leichten Schwierigkeiten bei persönlichkeitsgestörten Probanden und Schizophrenen.



Anmerkung: PSST = Persönlichkeitsstörung

Abbildung 5.60: Reduzierte Hauptdiagnoseeinteilung kombiniert mit Legalbewährung, § 63 StGB-Katamnesepatienten (n = 37)

Allerdings ist absolut die Versageranzahl sehr gering: Ein bzw. zwei Probanden fallen als straffällig auf. Bei Einschluss der beiden Verweigerer, beide schizophren, erhöht

sich der Straffälligenanteil bei Schizophrenen auf 22.2 % ($n = 18$). In beiden Itemgruppen sind statistische Analysen ausgeschlossen, da zu viele Zellen eine geringere erwartete Häufigkeit als fünf haben. Das im Vergleich schlechtere Abschneiden der persönlichkeitsgestörten Probanden steht durchaus im Einklang mit dem Eindruck, der sich aus den Analysen zum erfolgreichen Therapieabschluss ergibt. Auch an dieser Stelle wird deutlich, dass diese diagnostische Gruppe etwas mehr Probleme zu haben scheint. Im Gegensatz zu den t1-Analysen steht allerdings, dass bzgl. der Legalbewährung Schizophrenen weniger Chancen auf einen positiven Verlauf haben. Diese Eindrücke bewegen sich aber eher im Bereich des Spekultativen, da statistisch begründbare Aussagen aufgrund der genannten Stichprobenproblematik nicht möglich sind.

Das Item Alter bei Aufnahme hat sich nicht als signifikanter Prädiktor für einen regulären Therapieabschluss (t1) erwiesen; nur in der Tendenz ist ablesbar, dass ein höheres Alter mit besseren Chancen einhergehen kann. Auch zu t2 wiederholt sich dies; wieder kann keine statistische Absicherung erfolgen, aber alle drei als straffällig Geführten ($n = 37$, Missing: 2) sind bei Aufnahme in den Maßregelvollzug zwischen 18 und 30 Jahre alt.

Weitere interessante, wenn auch nicht statistisch abgesicherte Items aus der Anamnese und Therapie sind Höhe der Freiheitsstrafe (keine Freiheitsstrafe beim Index-Delikt scheint langfristig mit einer Negativentwicklung zusammenzuhängen), Betreuung (wer einen Betreuer hat, ist weniger gefährdet), Alter bei Erstmanifestation (Jüngere werden eher straffällig), stationäre Vorbehandlung (je häufiger, desto problematischer), BZR-Auszug (keine oder wenige Vorstrafen sind in negativer Richtung relevant), Alter bei Ersttat (Jüngere sind eher gefährdet), Hafterfahrung (keine Haft als Problemfaktor), Schulabschluss (höhere Qualifikation steht mit schlechteren Legalbewährungschancen in Verbindung), Wohnen bei Entlassung (je geringer der Betreuungsgrad, desto mehr Gefährdung), Familienstand (kein Partner als Problemfaktor), Elternschaft (keine Kinder als Problemfaktor), Kontakt zu Familie und Freunden in der Therapie (intensiver Kontakt schützt nicht), Medikation (Medikation kann Straffälligkeit nicht verhindern), Therapiezwischenfälle wie Entweichung, strafbares Verhalten oder Tötlichkeiten (diesbezüglich Unauffällige haben keine besseren Bewährungschancen).

Die Einschätzungen zum Behandlungserfolg erweisen sich als nicht prognostisch treffsicher: Die drei Straftatrückfälligen (Missing: 1) werden in ihrem Sozialverhalten und ihrer Krankheit von den zuständigen Therapeuten bei Therapieabschluss als sehr gebessert eingestuft.

Items aus dem Kontextbereich können ebenfalls nur als hinweisende Prädiktoren für die Legalbewährung ohne statistische Untermauerung genannt werden: Wechsel des Arbeitsverhältnisses (keine dauerhafte Anbindung als Risiko), Familienstandsänderung (Konstanz ohne protektive Wirkung), Familienstand (Alleinstehende sind gefährdeter), Kontakte zu Familie und Freunden (Kontakte können eher schädlich sein), Vereinsmitgliedschaft (schützender Effekt), Suchtmittelabstinenz (protektiv wirkender Faktor), Medikation (deutet auf höhere Gefährdung hin), erneute stationäre Behandlung (alle vier Versager müssen in Behandlung), Nachsorge (kein Schutz), Anbindung an Klinik (kein Schutz). Bei den beiden letzten Items kann allerdings eine Negativselektion ihre Wirkung zeigen, da meist besonders problematische Patienten in das klinikinterne Nachsorgeprogramm aufgenommen werden. Weniger Gefährdete werden eher an Niedergelassene vermittelt.

Die Probandenbewertungen ihrer Lebensumstandsveränderungen seit Entlassung zeigen keine Relevanz bzgl. der Unterscheidung zwischen Straffälligen und Nichtstraffälligen; Letztere verteilen sich jeweils nahezu gleich auf die drei vorgegeben Antwortkategorien (positive, negative Veränderung bzw. keine).

5.4.5.2 Psychopathologie

Etwa 20 % der Gewalttäter ($n = 22$) müssen als psychopathologisch instabil bezeichnet werden. Deutlich höher ist die Quote der Gefährdeten in der Restgruppe ($n = 7$): 57.1 %. Insgesamt gelten 25.7 % der Probanden als instabil, 74.3 % als stabil (vgl. Abb. 5.61).

In der Erfolgskategorie anhaltend verbesserter psychopathologischer Befund können geringere Quoten als bei der Legalbewährung erreicht werden. Alle Probanden scheinen in ihrer Krankheitsentwicklung zumindest gefährdeter.

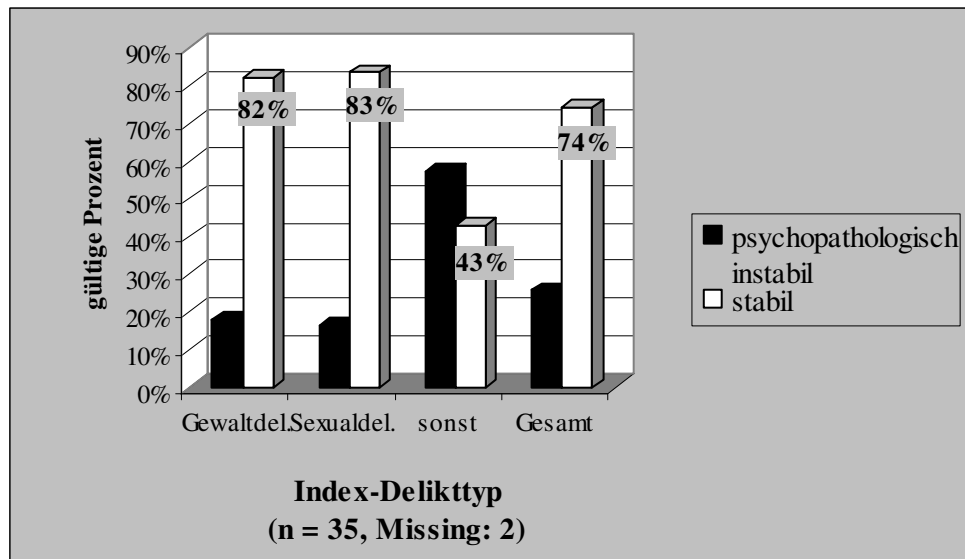
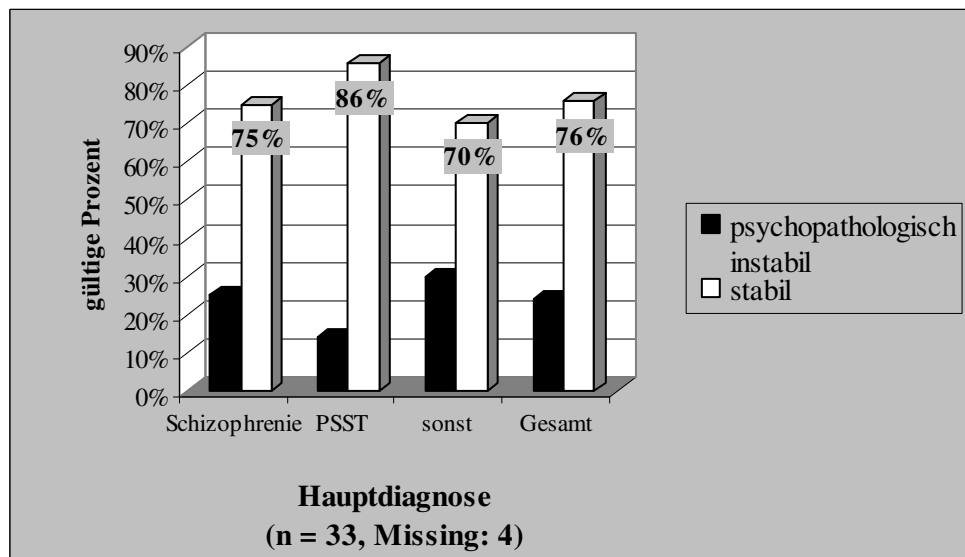


Abbildung 5.61: Reduzierte Index-Delikteinteilung kombiniert mit Psychopathologie, § 63 StGB-Katamnesepatienten (n = 37)

Differenziert betrachtet, zeigen sich die beiden Hauptdiagnosegruppen (Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen) übereinstimmend als relativ stabil, während die Restgruppe eher instabil ist (vgl. Abb. 5.62).

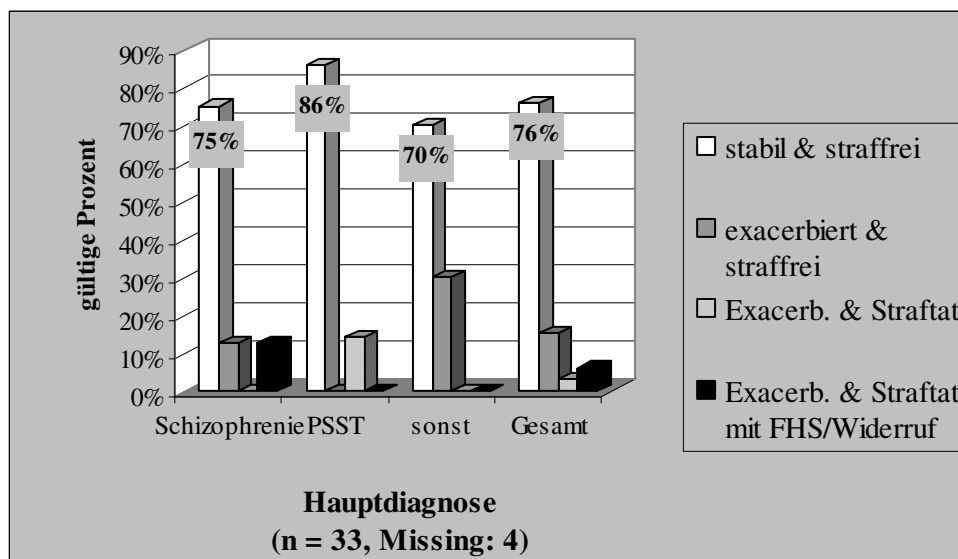


Anmerkung: PSST = Persönlichkeitsstörung

Abbildung 5.62: Reduzierte Hauptdiagnoseeinteilung kombiniert mit Psychopathologie, § 63 StGB-Katamnesepatienten (n = 37)

Eine psychopathologische Instabilität muss aber nicht zwangsläufig mit erneuter Straffälligkeit einhergehen, wie eine gemeinsame Betrachtung der beiden Haupterfolgskriterien verdeutlicht (vgl. Abb. 5.63): 12,5 % der Schizophrenen haben eine psychopathologische Verschlechterung, werden aber nicht straffällig. Ebenso viele der schizophrenen Probanden gelten als exacerbiert und werden zudem straffällig.

Die Straffälligkeit hat zudem strafrechtliche Konsequenzen. Dies ist bei einem ebenfalls straffälligen Persönlichkeitsgestörten zwar nicht der Fall, er muss dennoch als Bewährungsversager mit Krankheitsverschlechterung gezählt werden. Die Restgruppe gilt zu 30 % als instabil, bleibt aber ohne jegliche erneute Delinquenz.



Anmerkung: PSST = Persönlichkeitsstörung

Abbildung 5.63: Reduzierte Hauptdiagnoseeinteilung kombiniert mit Erfolgseinschätzung, § 63 StGB-Katamnesepatienten (n = 37)

Das Alter bei Aufnahme scheint nicht nur mit dem Therapieabschluss, sondern auch mit einem langanhaltenden Erfolg zusammen zu hängen: Je älter die Probanden sind, desto besser sind ihre Chancen auf ein reguläres Therapieende und Erfolg im Langzeitverlauf: Sieben der neun mit instabilem Befund sind bei Aufnahme jünger als 30 Jahre.

Weitere Items aus der Anamnese und Therapie, die sich zumindest tendenziell als bedeutsam für einen langanhaltend verbesserten psychopathologischen Befund erweisen, sind: Höhe der Freiheitsstrafe bei Index-Delikt (keine Haftstrafe als Risiko; beachte die Wahrscheinlichkeit der Kovariation von Schuldunfähigkeit und Schizophrenieer-

krankung), Hafterfahrung (keine Erfahrung wirkt sich negativ aus; auch hier ist Kovariation mit Schizophrenie möglich), Alter bei Erstmanifestation (Jüngere sind eher gefährdet), stationäre Vorbehandlung (Vorbehandelte haben mehr Schwierigkeiten), Schul- und Berufsbildung (Unqualifizierte sind instabiler), Substanzmissbrauch (Stabile sind eher nicht suchtmittelrückfällig), Wohnen nach Entlassung (je selbständiger, desto problematischer), Kontakte zu Familie oder Freunde (häufiger Kontakt ist eher negativ).

Die Ergebniseinschätzung der Therapeuten bei Entlassung ist nur ansatzweise als Prädiktoren geeignet: Bzgl. der Krankheit werden 62.5 % der letztendlich psychopathologisch Instabilen ($n = 8$) zum Entlasszeitpunkt als sehr gebessert eingestuft, 37.5 % allerdings als nur mäßig. 70.8 % der sich als stabil Erweisenden ($n = 24$) werden treffsicher als gebessert eingeschätzt. Das Sozialverhalten wird bei allen der späteren Instabilen ($n = 9$) als sehr gebessert empfunden, aber nur bei 80 % der 25 Stabilen. Hier scheint die Bewertung sogar gegenläufig zum späteren, tatsächlichen Verlauf zu sein. Eine Suchterkrankung gilt bei 66.7 % der sechs betroffenen späteren Instabilen als sehr gebessert und bei allen neun späteren Stabilen. In diesem Punkt stimmen somit die Einschätzungen zu Therapieende am besten mit der tatsächlichen Entwicklung zusammen.

Die Kontextvariablen sind ebenfalls nur als Hinweise interessant: Wohnsituation (Heimuntergebrachte sind eher psychopathologisch auffällig), Familienstand (keine Partnerschaft als Problem), Kontakte zu Freunden (Freundschaften als Risikofaktor) und Suchtmittelabstinenz (Instabile sind häufiger nicht abstinenter).

Obwohl 25 % der Zellen eine kleinere erwartete Häufigkeit als fünf haben, kann das Item erneute stationäre Behandlung ein deutlicher Hinweis auf spätere psychopathologische Verschlechterung sein: 70 % der zehn Instabilen werden erneut behandelt vs. 15.4 % der 26 Stabilen. Dagegen ist die ambulante Behandlung als Unterscheidungsitem nicht geeignet. Auch das Item erneute Straffälligkeit ist zwar statistisch problematisch (50 % der Zellen haben eine kleinere erwartete Häufigkeit als fünf), dennoch sind 40 % der psychopathologisch Instabilen Bewährungsversager, aber kein Stabiler.

Die Probandeneinschätzungen trennen kaum zwischen Stabilen und Instabilen: 70 % der Instabilen ($n = 10$) glauben, ihre Krankheit habe sich zum Positiven entwickelt. Dies meinen auch 69.6 % der 23 Stabilen. Eine Verschlechterung der beruflichen Situation erleben 28.6 % der Instabilen ($n = 7$) und 14.3 % der 21 Stabilen, die häufiger eine neutrale Position einnehmen (66.7 %). Die soziale Situation sehen 70 % der zehn Instabilen und 65.2 % der 23 Stabilen verbessert. Die Persönlichkeit hat sich nach eigenen Angaben bei 71.4 % der Gefährdeten ($n = 7$) und 85 % der 20 Stabilen positiv verändert.

5.4.5.3 Zusammenfassung der Verlaufsprädiktoranalyse

In der Teilstichprobe der § 63 StGB-Probanden ist die Analyse potentieller Prädiktoren für den weiteren Verlauf – mit Schwerpunkt auf beiden Haupteffektivitätsgrößen Legalbewährung und psychopathologischer Zustand – problematisch, da nur vier (bzw. sechs bei Einschluss der beiden Verweigerer) Probanden straffällig werden und zehn Probanden als psychopathologisch instabil gelten. Es können daher lediglich Hinweise auf mögliche Einflussvariablen genannt werden.

Für die Legalbewährung scheint das Index-Delikt Gewalt eine leicht negative prognostische Wirkung zu haben, ebenso eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose bzw. eine aus dem schizophrenen Formenkreis. Seifert (2007) kann die höhere Rückfallgefahr bei Persönlichkeitsgestörten ebenfalls aufzeigen. Auch Gretenkord (2001) belegt den signifikanten Zusammenhang zwischen Gewaltdelikt bzw. gewalttätiger Vordelinquenz und Persönlichkeitsstörung. Das Alter bei Aufnahme zeigt eine leichte Tendenz auf: Wer jünger ist, scheint schlechtere Chancen zu haben. Gretenkord kann dies gerade für unter 20-Jährige feststellen (a. a. O.; Ritzel, 1978; Seifert et al., 2003). Weitere Items mit negativem Prognosewert können fehlende Freiheitsstrafe beim Index-Delikt, keine Betreuung, viele stationäre Vorbehandlungen, keine oder wenig Vorstrafen, jüngeres Ersttatalter, fehlende Hafterfahrung, höhere Schulbildung, selbständiges Wohnen, keine Partnerschaft, keine Kinder, intensiver Familien- oder Freundeskontakt in der Therapie sein. Unauffälliges Verhalten in der Therapie schützt zumindest nicht vor erneuter Straffälligkeit. Die Therapeuteneinschätzungen zum Behandlungserfolg haben keine prognostische Relevanz.

Gerade die Items zur forensischen Vorgeschichte (Vorstrafen, Hafterfahrung) stehen in ihrer prädiktiven Wirkung etwas im Widerspruch zur Regensburger Studie. Eine Ausnahme bildet das Item Alter bei Ersttat: Auch Gretenkord (2001) findet einen signifikanten Zusammenhang zwischen jugendlichem Alter und späterer Rückfälligkeit. Ebenso Seifert et al. (2003). Aus der Literatur ist zudem bekannt, dass Erziehungsschwierigkeiten bzw. schlechte Entwicklungsverläufe sowie komorbide Suchterkrankungen rückfallgefährdend wirken können (Seifert, 2007; Ritzel, 1978). Dies kann aus der vorliegenden Studie ebenfalls so nicht bestätigt werden. Häufige Vorbehandlungen zeigen in publizierten, aber auch in der vorliegenden Studie zumindest tendenziell einen Zusammenhang mit Rückfälligkeit auf (Gretenkord, 2001). Relevante Laufstufenvariablen aus der Literatur wie Entweichungen, Suchtmittelrückfälle etc. spielen im untersuchten Klientel keine Rolle (Gretenkord, 2001). Allerdings zeigt die internationale Übersicht

mit 50 Studien (N = 9 135) bei Gretenkord (a. a. O.) gerade zu diesem Item ein uneinheitliches Bild. Dagegen hat ähnlich wie in der vorliegenden Arbeit eine eher selbständige Lebensführung nach Entlassung große Risiken: Bei Seifert (2007) leben 50 % der Rückfälligen alleine oder in der Familie.

Kontextvariablen mit prädiktiv-negativem Gehalt sind keine Anbindung an Arbeitsstelle, keine Partnerschaft, Kontakte zu Freunden oder Familie, keine Vereinsmitgliedschaft, keine Suchtmittelabstinenz, andauernde Medikation, erneute stationäre Behandlung. Eine Familienstandsänderung, die Anbindung an die Klinik i. S. der Nachsorge hat zumindest keinen schützenden Effekt. Dies steht etwas im Gegensatz zu anderen Studien, die gerade in einer kontinuierlichen Nachsorge einen hohen protektiven Wert sehen (Leygraf, 2006; Seifert, 2007). Als Erklärung ist ein Selektionseffekt möglich: Problematische Probanden mit einem höheren Gefährdungsrisiko werden intensiver und eben meist in der Regensburger Klinik betreut. Bestätigung finden die Items Anbindung an eine Arbeitsstelle und Abstinenz (Seifert, 2007; Ritzel, 1978). Zudem ist auch aus der Literatur bekannt, dass Ledige gefährdeter sind (Ritzel, 1978).

Tabelle 5.99: Einflussvariablen für Legalbewährung und Krankheitsverlauf aus Anamnese, Therapie und Kontext, § 63 StGB-Katamnesepatienten

Item	Zusammenhangsrichtung
Alter bei Erstmanifestation	Jüngere sind gefährdeter
Stationäre Vorbehandlung	Je mehr, desto problematischer
Schulbildung	Gegenläufiger Einfluss: ein höherer Abschluss ist bzgl. Legalbewährung problematisch, dagegen für einen stabilen psychopathologischen Verlauf protektiv
Hafterfahrung	Keine Hafterfahrung gilt als problematisch
Freiheitsstrafe Index-Delikt	Keine Freiheitsstrafe ist Risiko
Alter bei Aufnahme	Unter 30ig Jährige haben schlechtere Chancen
Substanzmissbrauch	Rückfälligkeit deutet auf problematische Verläufe hin
Kontakte zur Familie / Freunden während der Therapie	Intensives Eingebundensein kann mit negativer Entwicklung einhergehen
Wohnen bei Entlassung	Selbständigkeit als Problemfaktor
Familienstand (Katamnese)	Alleinstehende sind gefährdeter
Kontakte (Katamnese)	(Alt-) Kontakte zu Freunden als Problem
Abstinenz (Katamnese)	Suchtmittelgebrauch ist gefährdend
Erneute stationäre Behandlung (Katamnese)	Negativfaktor

Items aus der vorliegenden Arbeit, die für beide Erfolgsmaße interessant sind, werden in Tabelle 5.99 dargestellt. Demnach sind die Langzeitverläufe bei jungen, häufig vorbehandelten Patienten, die bisher kaum mit den Konsequenzen ihres strafrechtlich relevanten Verhaltens konfrontiert wurden, problematisch. In der Therapie fallen sie durch häufige Suchtmittelrückfälle auf und können sich nicht vom Umfeld lösen. Die bei Entlassung möglich erscheinende Selbständigkeit kann sich im späteren Verlauf als irreführend bzw. contraproduktiv erweisen. Gelingt es dem Probanden, neue (Partner-) Kontakte einzugehen und suchtmittelfrei zu bleiben, steigen seine Chancen auf eine positive Entwicklung.

5.4.6 Probandeninterviews

5.4.6.1 Therapiebewertung

Im Interview zum Katamnesezeitpunkt werden die Probanden aufgefordert, die Therapie und ihre Module auf einer dreistufigen Skala zu bewerten (vgl. Tab. 5.100). Es handelt sich um die gleichen Therapieeinheiten wie zu t1.

Tabelle 5.100: Modulbewertung zu t2, § 63 StGB-Katamneseepatienten (n = 39)

Modul	negativ	positiv	Gesamt - absolute Häufigkeit (in Klammern: Anzahl zu t1)
	Relative Häufigkeiten (in Klammern: Angaben zu t1)	Relative Häufigkeiten (in Klammern: Angaben zu t1)	
Gruppentherapie	11.1 (8.1)	66.7 (73.0)	27 (37)
Einzelpsychotherapie	0.0 (0.0)	88.5 (79.0)	26 (38)
Sozialpädagogische Behandlung	3.8 (2.6)	76.9 (84.2)	26 (38)
Pflegerische Behandlung	18.5 (10.5)	63.0 (76.3)	27 (38)
Medizinische Behandlung	4.0 (10.3)	64.0 (71.8)	25 (39)
Pflegegespräche	0.0 (0.0)	84.6 (79.0)	26 (38)
Beschäftigungstherapie	24.0 (20.0)	52.0 (45.7)	25 (35)
Arbeitstherapie	26.9 (16.7)	73.1 (61.1)	26 (36)
Sporttherapie	0.0 (14.3)	66.7 (75.0)	18 (28)
Freizeitaktivitäten	12.0 (5.3)	72.0 (75.7)	25 (38)
Stufenprogramm	4.0 (15.8)	56.0 (57.9)	25 (38)
Atmosphäre auf Station	33.3 (20.5)	40.7 (46.2)	27 (39)

Die Anzahl der Probanden, die davon Gebrauch machen, schwankt zwischen 18 und 27; gerade zur Sporttherapie können zwei Probanden keine Angaben machen, da sie nicht oder nur selten daran teilgenommen haben. Dies ist allgemein häufig ein Grund für eine Nichtantwort. Nur ein bis drei Probanden verweigern sich zumindest bei einigen Items.

Nahezu alle Module werden von über der Hälfte zu t1 und zu t2 als hilfreich eingestuft. Insbesondere die Einzelpsychotherapie und Pflegegespräche sind dabei zu nennen, aber auch die sozialpädagogische Unterstützung. Während die Gruppentherapie, die pflegerische und medizinische Behandlung, Sporttherapie und Freizeitaktivitäten etwas in der Gunst sinken, wird die Beschäftigungstherapie nun positiver bewertet, wenn auch nach wie vor dieses Item die Probanden zu spalten scheint: 20 % (t1) bzw. 25 % (t2) sehen die Beschäftigungstherapie als negativ. Auch in der Arbeitstherapie, deutlich höher bewertet, können viele ein sinnvolles Angebot erkennen. Nach wie vor werden Stufenprogramm und Stationsatmosphäre eher neutral-ambivalent bis kritisch gesehen. 1/3 muss nach einem Jahr die Atmosphäre als negativ bewerten.

Eine Benotung der Therapie (in Schulnoten) geben 32 Probanden ab. Drei verweigern diese, einer macht widersprüchliche Angaben und von drei weiteren liegen keine Angaben dazu vor (vgl. Abb. 5.64).

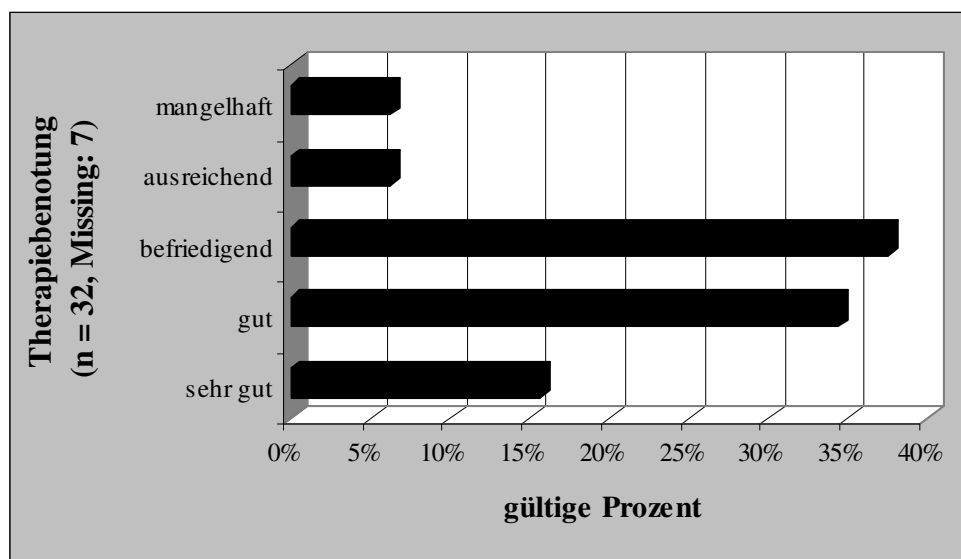


Abbildung 5.64: Therapiebenotung zu t2, § 63 StGB-Katamnesepatienten (n = 39)

Die Probanden sind insgesamt allenfalls leicht zufriedener als zum ersten Messzeitpunkt; zu t1 können nur 8.1 % der 37 Probanden (Missing: 12) die Note sehr gut vergeben, nun sind es immerhin 15.6 %. Beim ersten Messzeitpunkt bewerten 45.9 % sie als

gut (aktuell 34.3 %). Etwa gleich viele geben eine Drei (37.8 % zu t1, 37.5 % zu t2). Interessanterweise geben zu t1 nur 8.1 % eine schlechte Note (vier bis sechs), zu t2 sind es anteilig 12.6 %. Die Probanden scheinen mit Abstand zur Therapie eher zu beiden Extrempolen zu neigen.

5.4.6.2 Interview

Die Probanden werden zudem gefragt, was sie als hilfreich oder schwierig erlebt, was sie vermisst haben und welche Verbesserungsvorschläge sie machen. Da sich einige Änderungen zu t1 ergeben, werden die Antworten neu codiert.

Besonders gewinnbringend erleben die Probanden zu t1 wie auch t2 Gespräche und Beziehungsangebote. Ebenso sind konkrete Hilfestellungen zur Resozialisierung bedeutsam.

Tabelle 5.101: Therapiebewertung: von was profitiert?, § 63 StGB-Katamnese-patienten (n = 37)

Wovon haben Sie profitiert?	Häufigkeiten	Rangplatz zu t1
Therapiemodule mit Fokus auf Gespräch und Beziehung	11	1
Resozialisierungsmaßnahmen	4	3
Begleitende Therapiemodule mit Beschäftigungscharakter	4	6
Selbsterfahrung	3	-
Umgang mit Regeln und Disziplin	2	-
Gruppenerleben (Erfahrungsaustausch, Modelllernen, Feedback...)	2	5
Strukturgebende Maßnahmen: Abschirmung, Distanz, Kontrolle etc.	1	4
Team (Beziehungsaspekt)	1	7
Freizeitgestaltung	1	-
Information	1	-
Lockerungen	1	-
Lange Verweildauer	1	-
Gesamt-Nennungen	32	

Während zu t1 begleitende Module wie AT oder BT nicht als vordringlich empfunden werden, ändert sich die Bewertung später und diese werden weiter nach vorne gesetzt. Dies entspricht der anderen Modulbewertung zu t2 (s. o.). Als neue Aspekte werden nun

Selbsterfahrung und Umgang mit Regeln eingeführt. Andere Kategorien werden nur von einzelnen Probanden genannt (vgl. Tab. 5.101).

Tabelle 5.102: Therapiebewertung: was vermisst?, § 63 StGB-Katamnesepatienten (n = 37)

Was haben Sie vermisst?	Häufigkeiten	Rangplatz zu t1
Freiheit, Eigenverantwortlichkeit	9	1
Familie, Freunde, Sozialkontakte	5	-
Rückzugsmöglichkeiten	1	2
Freizeitaktivitäten	1	-
Patientenmilieu	1	5
Lockerungen	1	-
Gesamt-Nennungen	18	

Zu Fehlendem können nur wenige Probanden Aussagen machen (vgl. Tab. 102). Vermisst haben viele Probanden ihre Freiheit – innere und äußere. Im Gegensatz zu t1 werden nun auch Sozialkontakte als fehlend eingeschätzt. Wie zu t1 wird das Angebot an Rückzugsmöglichkeiten kritisiert. Freizeitaktivitäten seien zu wenig angeboten worden, das Patientenmilieu, bereits zu t1 Thema, sei zu wenig homogen und harmonisch und schließlich wird das Thema Lockerungen angesprochen, die zu spät und zu wenig gewährt worden seien.

Tabelle 5.103: Therapiebewertung: Schwierigkeiten, § 63 StGB-Katamnesepatienten (n = 37)

Was fanden Sie unangenehm, wo hatten Sie Schwierigkeiten?	Häufigkeiten	Rangplatz zu t1
Gefühl von Ohnmacht / Willkür	6	-
Einschränkende Maßnahmen	6	2
Therapiemodule (Inhalte, Setting)	5	4
Infrastrukturelle Aspekte	4	7
Offenheit & Ehrlichkeit	4	10
Patientenmilieu (Sozialverhalten, Gruppenhierarchie)	2	1
Stationsordnung, -ablauf	2	3
Gesamt-Nennungen	29	

Schwierigkeiten haben viele Probanden mit dem Gefühl, in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt zu werden und der Therapie bzw. ihren Repräsentanten ausgeliefert zu sein (vgl. Tab. 5.103). Dies wird nur teilweise bereits zu t1 genannt. Dagegen wird das Patientenmilieu nach einiger Zeit nicht mehr als derart problematisch erlebt wie zur Entlassung.

Die Verbesserungsvorschläge sind nicht sehr zahlreich (vgl. Tab. 5.104). Wie zu t1 werden Veränderungen in Modulen und Therapieinhalten gefordert, auch Individualität ist ein Thema: Gemeint ist ein den Bedürfnissen und auch Möglichkeiten des Patienten angemessener Zuschnitt des Programms. Die Probanden wünschen sich eine Homogenisierung der Station (Diagnosen, Anlasstat etc.) und weitere, auch aktive Maßnahmen zur Klimaverbesserung: Mehr Aktivität auf Station, Trennung nach gewissen Patientenmerkmalen (z. B. Alter, Diagnose), stärkere Ansprechbarkeit des Personals.

Tabelle 5.104: Therapiebewertung: Verbesserungsvorschläge, § 63 StGB-Katamnesepatienten (n = 37)

Haben Sie Verbesserungsvorschläge?	Häufigkeiten	Rangplatz zu t1
Therapiemodule, Therapieinhalte	4	1
Individualität	3	-
Stationskonzeption (Homogenität)	2	5
Stationsklimaverbesserung	2	-
Teamvariablen	1	4
Realitätskonfrontation	1	-
Gesamt-Nennungen	13	

5.5 Messzeitpunkt 2 „Katamnese“: § 64 StGB-Patienten

5.5.1 Soziodemographische Entwicklung

5.5.1.1 Berufliche Stellung

Die bei Entlassung angetretene Arbeitsstelle können 59.4 % der Probanden halten (n = 136, Missing: 24, ein Proband verweigert die Antwort, bei 15 trifft das Item nicht zu, da sich der Proband in einer Einrichtung befindet, berentet ist oder bereits bei Entlassung keine Arbeitsstelle hatte). Zum Befragungszeitpunkt (t2) haben über 48 % eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt, meist als reguläre Vollzeitstelle (n = 136, Missing: 10, bei

drei trifft das Item nicht zu: Berentung, betreute Werkstätte etc.; ein Proband gibt widersprüchliche Antworten). Sehr stark ist der Anteil der Arbeitslosen angewachsen: 43.5 % der 122 Probanden vs. 8.5 % im Katamneseausgangskollektiv bei Entlassung (vgl. Abb. 5.65).

Alkoholiker und Drogenabhängige unterscheiden sich nicht bzgl. der Arbeitslosenquote. Die Länge der Arbeitslosigkeit dehnt sich über alle Zeitklassen aus: Über 20 % sind bereits seit über neun Monaten arbeitslos, 21 % erst seit einem Monat.

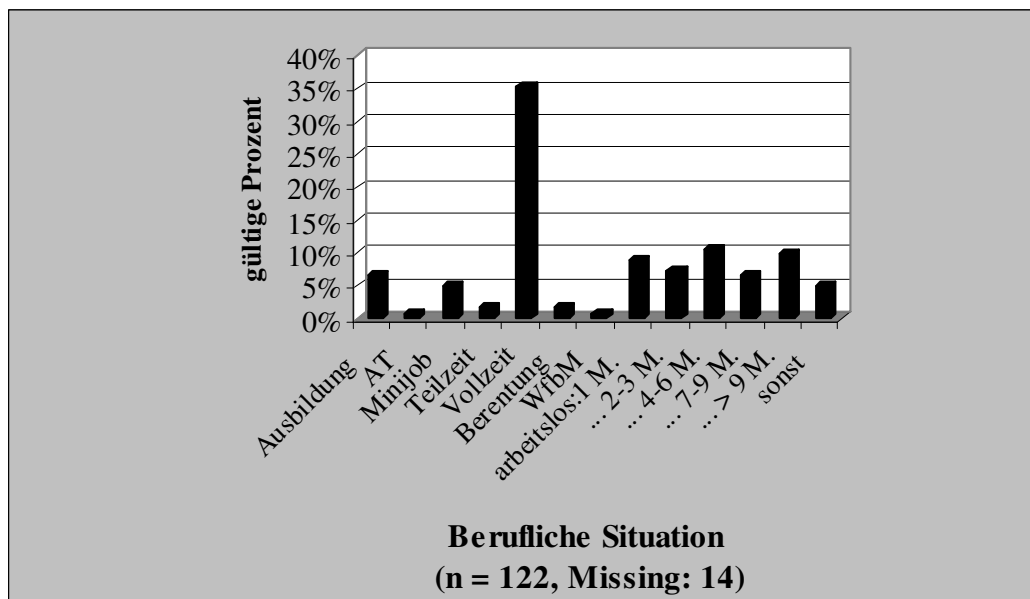


Abbildung 5.65: Berufliche Situation, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 136)

40.6 % wechseln die Arbeitsstelle (n = 136, Missing: 24, bei 15 trifft das Item nicht zu, ein Proband verweigert die Antwort); häufig war bereits bei Arbeitsplatzantritt keine Festanstellung geplant oder möglich (vgl. Tab. 105). Positiv ist der höhere Anteil derer, die sich durch eine Festanstellung, beruflichen Aufstieg, Arbeitsstelle in Wohnortnähe etc. beruflich verbessert haben Allerdings spielt die Sucht- und Delinquenzproblematik bei nicht wenigen Probanden eine negative Rolle: Sie müssen eine Arbeitsstelle aufgeben, da sie sich erneut in Therapie begeben oder ihnen wird, auch aufgrund ihrer Vorgeschichte, gekündigt.

Tabelle 5.105: Gründe für einen Arbeitsplatzwechsel, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 39)

	Häufigkeiten	Gültige Prozent (n = 39)
Keine Festanstellung, Job	10	25.6
Festanstellung	6	15.4
Weiterentwicklung	6	15.4
Kündigung (Arbeitgeber)	6	15.4
Erneuter Therapieantritt	3	7.7
Schlechtes Betriebsklima / Kündigung	2	5.1
Nach der Probezeit keine Übernahme aufgrund der Vorgeschichte	1	2.6
Entlassung aus Nachsorgeeinrichtung / Ortswechsel	1	2.6
Missing-Probanden	4	
Gesamt-Nennungen	35	

5.5.1.2 Wohnsituation

Bei Entlassung sind fast alle Probanden in eine eigene Wohnung (selbständig, mit Familie oder Partner bzw. in eine nicht betreute Wohngemeinschaft) gezogen. Daran ändert sich auch zum Follow-up kaum etwas: 91.3 % (n = 136, Missing: 9). Meist leben die Probanden mit Partner oder Familie (59.8 %). Die anderen Nennungen sind: Betreute Wohnform (WG, betreutes Einzelwohnen) oder Heim bzw. sozialtherapeutische Übergangseinrichtung. Ein drogenabhängiger Proband ist obdachlos, drei sind in Therapie, einer in Haft. Die beiden Diagnosegruppen unterscheiden sich nicht signifikant, auch wenn es sich bei den betreuten Wohntypen meist um Alkoholiker handelt.

Tabelle 5.106: Gründe für Wohnungswechsel, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 52)

	Häufigkeiten	Gültige Prozent (n = 52)
Verbesserung	17	32.7
Familiäre Veränderung	16	30.8
Ortswechsel	4	7.7
Entlassung aus Nachsorgeeinrichtung	4	7.7
(baldiger) Haftantritt	3	5.8
kleinere Wohnung	3	5.8
Therapieantritt	2	3.8
Auszug aus Elternhaus	1	1.9
Missing-Probanden	2	
Gesamt-Nennungen	50	

41.6 % (n = 136, Missing: 11) wechseln die ursprüngliche Wohnung (vgl. Tab. 5.106). Auch hier unterscheiden sich die Diagnosegruppen nicht. Sehr häufig kann mit dem Wohnungswechsel eine Verbesserung erzielt werden: Größere Wohnung, bessere Gegend, billiger etc. Auch familiäre Veränderungen wie Kinder, Heirat aber auch Trennung spielen eine Rolle.

5.5.1.3 Finanzielle Situation

Zum Katamnesezeitpunkt (t2) geben 104 Probanden (86.7 %; Missing: 14, bei zwei trifft das Item nicht zu: Haft) an, die finanzielle Situation sei gesichert.

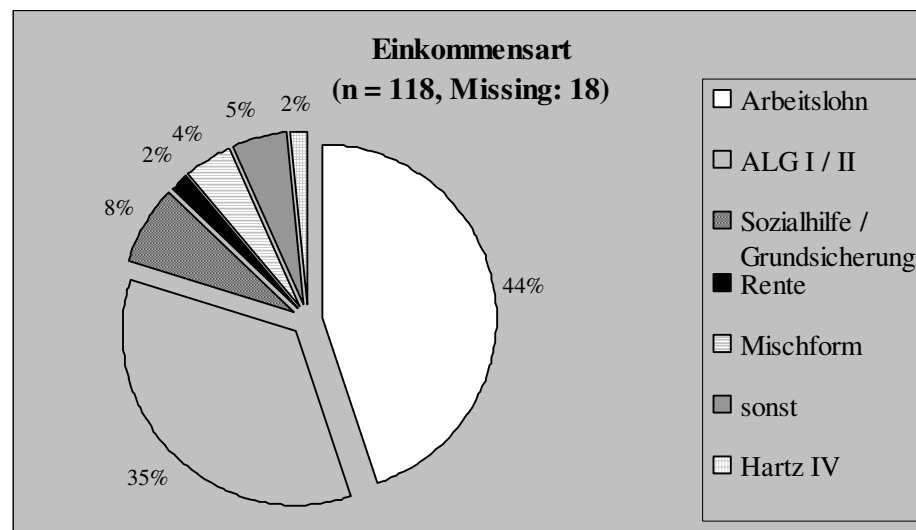


Abbildung 5.66: Einkommen in (gültigen) Prozent, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 136)

Meist können die Probanden von ihrem Arbeitslohn leben (n = 136, Missing: 16, bei einem Probanden in Therapie trifft das Item nicht zu, einer verweigert die Antwort). Analog der hohen Zahl an Erwerbslosen sind Lohnersatzleistungen eine weitere bedeutende Finanzsäule bei forensischen Patienten nach Entlassung (vgl. Abb. 5.66). Unter sonst sind in erster Linie Unternehmensgewinne aus einer Selbständigkeit zu verstehen. Die Diagnosegruppen unterscheiden sich nicht signifikant.

Schulden hatten zum Entlasszeitpunkt 75.6 % (n = 136, Missing: 8, ein Proband gibt widersprüchliche Antworten); meist wurde bereits eine Regulierung begonnen oder war zumindest in Planung. Eine Unterstützung durch die Schuldnerberatung genossen nur 20%. Beim Follow-up haben beinahe genauso viele Probanden Schulden (n = 90). Da

von 17 Probanden diesbezüglich keine Informationen vorliegen, bleibt der prozentuale Anteil gleich: 75.6 % (n = 136). Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen lassen sich nicht finden. Die Schuldenentwicklung wird von den meisten Betroffenen als gut beschrieben: 61.5 % (n = 109, Missing: 18) sehen Verbesserungen. Gleich sei die Situation bei 29.7 %, verschlechtert habe sie sich bei 8.8 %. Auch im Folgejahr der Entlassung spielen Schuldenberatungsstellen kaum eine Rolle: 16.5 %. Bei drei Probanden wurde eine Lohnpfändung vorgenommen.

5.5.1.4 Familienstand

Bei Entlassung waren knapp 30 % alleinstehend (n = 136, Missing: 2), 19.4 % verheiratet, 13.4 % geschieden oder getrennt lebend. 39.6 % lebten in einer eheähnlichen Gemeinschaft.

Zur Katamnese liegen Angaben von 125 Probanden vor: 20 (15.9 %) haben eine familiäre Änderung zu berichten. Dabei zeichnet sich eine Zunahme von stabilen Partnerschaften ab: Die Verheiratetenquote steigt auf 23.2 % (n = 125, Missing: 11), nur noch 20 % sind alleinstehend (vgl. Abb. 5.67). Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen sind nicht signifikant.

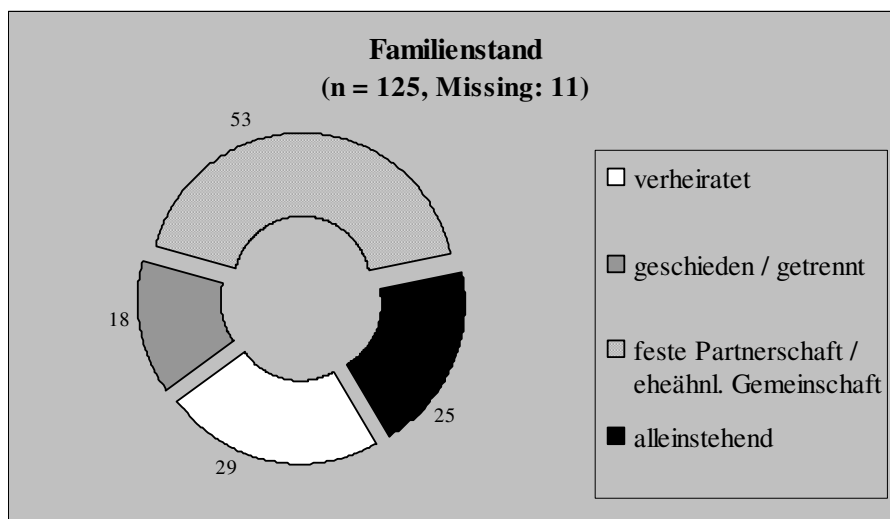


Abbildung 5.67: Familienstand zum Follow-up in (absoluten) Häufigkeiten, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 136)

5.5.1.5 Sozialkontakte und Freizeitverhalten

Bei Entlassung gaben 14 Probanden der Katamnese Stichprobe an, keinen familiären Kontakt zu haben, 28 sahen Angehörige gelegentlich und 91 häufig ($n = 136$, Missing: 3). Freundschaftliche Verbindungen bestanden bei 16 nicht ($n = 136$, Missing: 4), 57.6 % hatten unregelmäßige, 30.3 % häufige Kontakte. Alkoholiker ($n = 52$, Missing: 2) tun sich schwerer mit familiären Kontakten, sie waren signifikant häufiger ohne derartige Anbindung: Chi-Quadrat-Test (2, $n = 133$) = 6.872, $p < .05$ (vgl. auch Analyse der Familienkontakte Suchtkranker, Gesamtkollektiv zu t1). Auch bei Freundschaften sind Alkoholiker eher zurückhaltend – wenn auch nicht signifikant. Immerhin 17.6 % hatten zu t1 keine Kontakte (vs. 8.6 % bei Drogenabhängigen, $n = 81$, Missing: 1).

Zum Follow-up verbessert sich die Situation, auch wenn der Missinganteil höher ist (17 bzw. 18, ein Proband verweigert die Antwort). Die Probanden haben meist mehr und v. a. regelmäßiger Kontakte zu Angehörigen oder Freunden (vgl. Abb. 5.68).

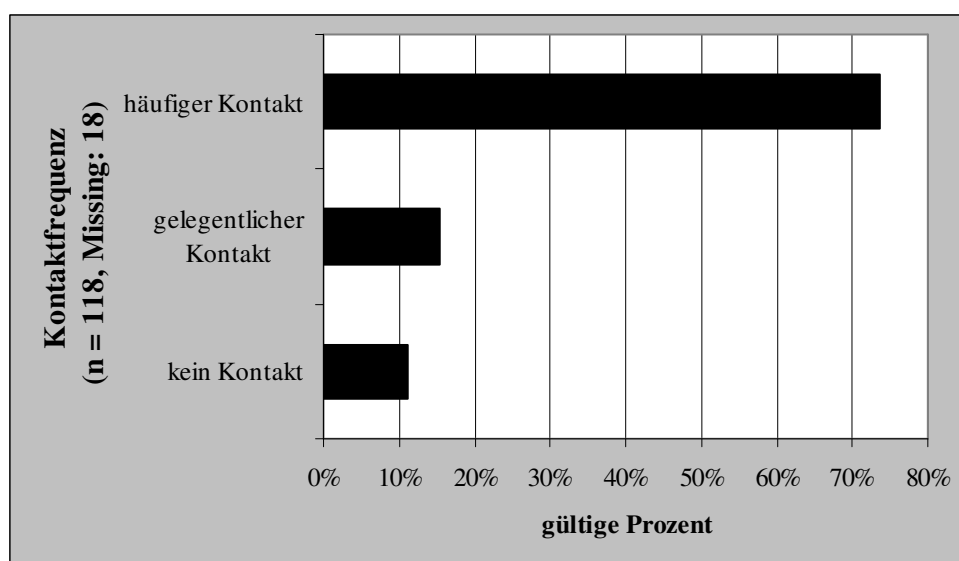


Abbildung 5.68: Familiäre Kontakte, § 64 StGB-Katamnesepatienten ($n = 136$)

Allerdings sind freundschaftliche Verbindungen eher gefährdet, sich während des Beobachtungszeitraumes zu lösen: 21 Probanden geben nun an, keine freundschaftliche Beziehung mehr zu haben (17.9 vs. 12.1 % zu t1). 47 % sprechen gelegentlich mit Freunden und 41 (35 %) häufig.

Die bei t1 gefundenen Unterschiede sind zu t2 nicht mehr feststellbar; Alkoholiker und Drogenabhängige verhalten sich bzgl. ihrer Kontaktfreudigkeit ähnlich.

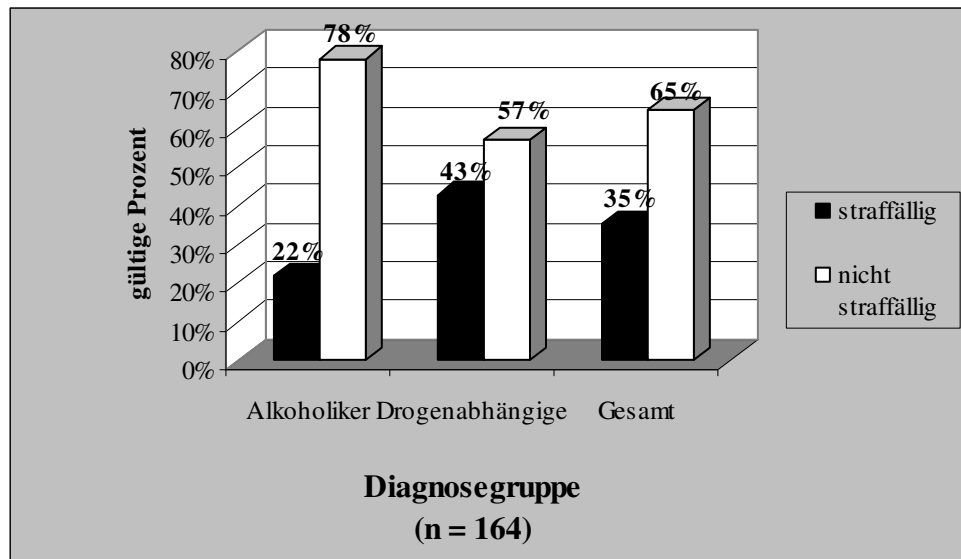
Das Vereinsleben spielt auch im Katamnese Kollektiv kaum eine Rolle: 20.9 % (n = 136, Missing: 7) waren bei Entlassung Mitglied (t1). Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen gab es nicht. Auch beim Follow-up sind lediglich 17.9 % (n = 136, Missing: 19) in einem Verein: Überwiegend handelt es sich um Sportvereine. Anglerbund, freiwillige Feuerwehr, Selbsthilfegruppen etc. werden nur von sehr wenigen Probanden besucht. Auch zu t2 sind die Unterschiede zwischen Alkoholikern und Drogenabhängigen nicht signifikant.

Das Freizeitleben wurde bei 57.5 % des Katamnese Kollektivs (n = 136, Missing: 16) zum Entlasszeitpunkt als aktiv beschrieben: Vereinsmitgliedschaften, regelmäßige Sportausübung, Treffen mit Freunden etc. Zu t2 ist die Situation ähnlich: bei 54.9 % (n = 136, Missing: 22, bei einem Probanden trifft das Item nicht zu wegen Haft) sehen die Interviewer ein aktives Verhalten: Über 50 % der Aktiven machen Sport, 11 Probanden geben an, die Vereinsmitgliedschaft fülle einen Großteil aus. Immerhin 25 treffen sich regelmäßig mit der Familie oder Freunden zu Unternehmungen. Häufig werden auch Hobbies angegeben. Kulturelle Veranstaltungen werden etwas seltener besucht, auch Selbsthilfegruppenaktivitäten spielen eine untergeordnete Rolle. Passives Verhalten meint v. a. TV oder PC, häufig wird nur unregelmäßig Sport betrieben, viele sind selten mit anderen in Kontakt. Alkoholiker und Drogenabhängige unterscheiden sich nicht.

5.5.2 Legalbewährung

Zur Berechnung der unteren Schätzgrenze werden alle Probanden untersucht (n = 167), auch jene, welche die Beantwortung dieses Items oder die komplette Nachuntersuchung verweigern. Da bei drei teilnehmenden Probanden keine Informationen über potentiell strafbares Verhalten vorliegen und von diesen aber Angaben zu anderen Items ausgewertet werden können (das Informationsdefizit also nicht auf einer Verweigerungshaltung beruht), werden diese zur Berechnung der Legalbewährungsquote ausgespart; es können somit insgesamt 164 Probanden analysiert werden.

Nach dieser Berechnungsformel, die alle Verweigerer als erneut straffällig definiert, haben 64.6 % eine positive Legalbewährung im Beobachtungszeitraum. Zwischen den Diagnosegruppen bestehen signifikante Unterschiede (vgl. Abb. 5.69): Während lediglich 22 % der 59 Alkoholkranken erneut straffällig werden, liegt die Versagerquote bei Drogenabhängigen (n = 105) beinahe doppelt so hoch.



Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 7.166, df = 1, p = .007

Likelihood-Quotient: Wert 7.459, df = 1, p = .006

Anzahl der gültigen Fälle: 164. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 20.87.

Abbildung 5.69: Untere Schätzgrenze Legalbewährung kombiniert mit Diagnose, § 64 StGB-Katamnesepatienten incl. Verweigerer (n = 164)

Unterscheidet man nach Anlassdelikttyp, sind die Unterschiede zwar nicht signifikant, dennoch lässt sich eine deutlich schlechtere Legalbewährungsquote bei den 23 gewaltlosen Eigentumsdelinquenten (60.9 %) und insbesondere den 82 BtM-Tätern (54.9 %) feststellen. Die anderen Deliktgruppen liegen in ihrer Legalbewährungsquote zwischen 100 % (Brandstifter) und 70 % (gewalttätige Eigentumsstraftäter).

Die obere Schätzgrenze, die nur Daten derer beinhaltet, die tatsächlich an der katamnестischen Untersuchung teilnehmen bzw. bei denen von Dritten (Bewährungshilfe, Nachsorgetherapeut oder Betreuer) Angaben gemacht werden, liegt bei 80.9 % (n = 136, Missing: 5). Von 131 Probanden werden nur 25 mit einer erneuten Straftat rückfällig (vgl. Tab. 5.107).

Es überwiegen, wie bereits die Verteilung der Index-Delikte vermuten lässt, BtMG-Verstöße mit über 50 %. Aber auch strafrechtlich relevante Weisungsverstöße betreffen 1/5 der Klientel. Unter sonstigen Delikten sind weitere Gewaltdelikte, Eigentumsdelikte und unterlassene Hilfeleistung subsumiert.

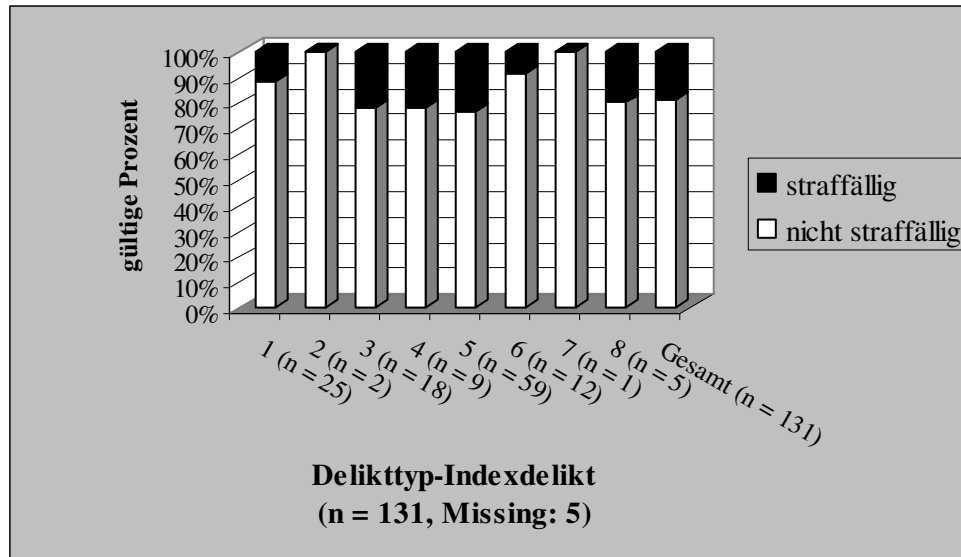
Tabelle 5.107: Deliktverteilung, strafrechtlich auffällige § 64 StGB-Katamnese-patienten (n = 25)

Deliktgruppe	Häufigkeiten	Gültige Prozent (n = 25)
BtMG	13	52.0
Weisungsverstoß	5	20.0
Betrug / Diebstahl	4	16.0
Körperverletzung	2	8.0
Verkehrsdelikt	2	8.0
Sonst	6	24.0
Missing: Probanden	5	
Gesamt: Deliktanzahl / Probanden	32 / 25	

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Der bei der ersten Berechnungsformel gezeigte signifikante Unterschied zwischen den Diagnosegruppen kann nun nicht mehr gefunden werden; die Straffälligengruppe ist bei Drogenabhängigen tendenziell stärker vertreten (23.1 % von 78 drogenabhängigen Probanden vs. 13.2 % von 53 Alkoholkranken). Drogenabhängige werden häufig mit BtMG-Delikten auffällig (13 von 18 Probanden), gefolgt von vier Weisungsverstößen, drei Betrugsdelikten, zwei sonstigen und je einmal Körperverletzung und Verkehrsdelikt. Die Alkoholkranken werden mit vier sonstigen Delikten, je ein Weisungsverstoß, Verkehrsdelikt, Betrugsdelikt und Körperverletzung straffällig.

Auch potentielle Unterschiede in den Deliktclassen sind nicht statistisch abzusichern (vgl. Abb. 5.70); zudem sind die Gruppen zu unterschiedlich stark besetzt. BtM-Täter (n = 59) haben mit 76.3 % die geringste Legalbewährungsquote, Sexualdelinquente (n = 2) und Brandstifter (n = 1) sind zu 100 % stabil.



Anmerkung: 1 = Gewaltdelikt, 2 = Sexualdelikt, 3 = Eigentumsdelikt ohne Gewalt, 4 = Eigentumsdelikt mit Gewalt, 5 = BtM-Delikt, 6 = Verkehrsdelikt, 7 = Brandstiftung, 8 = sonst.

Abbildung 5.70: Obere Schätzgrenze Legalbewährung kombiniert mit Index-Delikttyp, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 136)

Es zeigt sich eine gewisse Konstanz der Straftatart. Die 14 rückfälligen BtM-Täter begehen zehnmal ein neues BtM-Delikt, vier fallen mit einem Weisungsverstoß auf, drei mit einem Betrugsdelikt, zwei mit sonstigen Delikten und einer mit einem Verkehrsdelikt; Mehrfachnennungen sind auch hier möglich. Auch die drei Gewalttäter bleiben meist bei gewalttätigen Taten: zwei begehen eine Körperverletzung, einer ein Betrugsdelikt und zwei weitere Aggressionsdelikte (beachte Mehrfachnennungen). Eigentumsdelinquente fallen etwas aus dieser Ordnung heraus: Die vier rückfälligen gewaltlosen Eigentumstäter werden mit BtMG-Verstößen und einem Verkehrsdelikt straffällig. Die beiden gewalttätigen Eigentumsdelikttäter mit Rückfall begehen einen BtMG-Verstoß und ein sonstiges Delikt. Der eine rückfällige Verkehrsstraftäter wird mit einem weniger schwerwiegenden sonstigen Delikt auffällig.

Bei 12 Probanden liegen Angaben zum Tatzeitpunkt vor (n = 25, Missing: 8, fünf verweigern eine Antwort). Weit über die Hälfte werden bereits im ersten Halbjahr nach Entlassung erneut straffällig (vgl. Abb. 5.71). Unterschiede bei den Delikttypen oder Diagnosegruppen sind kaum vorhanden.

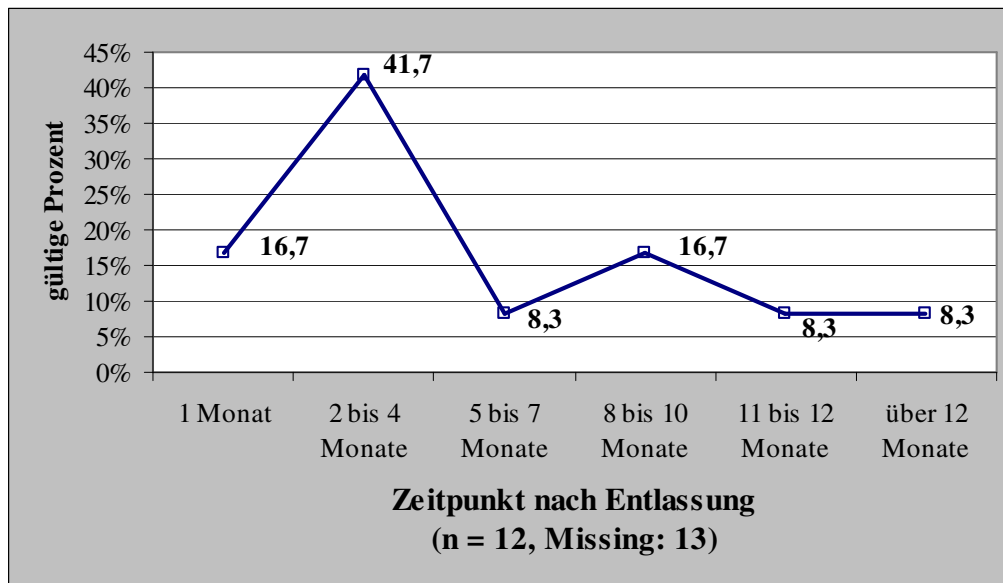


Abbildung 5.71: Zeitpunkt der erneuten Straffälligkeit nach Entlassung, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 25)

Suchtmiteleinfluss bei Tatbegehung spielt bei 75 % eine Rolle (n = 25, Missing: 3, zwei verweigern eine Antwort). BtM-Täter stehen zu 75 % unter Suchtmittelwirkung, gewalttätige Eigentums- und Gewalttäter sowie die unter sonstige Delikte fallende Typen zu 100 %. Die Unterschiede können aber aufgrund der z. T. sehr geringen Besetzung nicht statistisch abgesichert werden. Alkoholiker und Drogenabhängige unterscheiden sich nicht bzgl. des Suchtmiteleinflusses, auch wenn auf den ersten Blick insbesondere Alkoholiker davon betroffen zu sein scheinen: 83.3 % der sechs rückfälligen stehen unter Suchtmiteleinfluss vs. 71.4 % der 14 Drogenabhängigen mit erneuter Straftat.

Die Probanden mit erneuter Straftat (n = 25, Missing: 1, ein Proband verweigert die Antwort) werden meist angezeigt und das Verfahren läuft zum Erhebungszeitpunkt noch. Über 1/4 ist zwar straffällig, die Tat wird allerdings nicht zur Anzeige gebracht bzw. ist nicht aktenkundlich geworden. Nahezu 20 % erhalten zwar eine Anzeige, das Verfahren wird aber eingestellt. Bei lediglich drei Probanden wird eine Freiheitsstrafe ausgesprochen, zwei werden mit einer Geldstrafe belegt. Aufgrund der geringen Zellenbesetzung sind statistische Analysen nicht sinnvoll, eine deskriptive Auswertung zeigt aber, dass Alkoholiker eher im Beobachtungszeitraum verurteilt werden, während sich bei Drogenabhängigen das Verfahren länger hinzieht bzw. strafbares Verhalten nicht bekannt wird (vgl. Abb. 5.72).

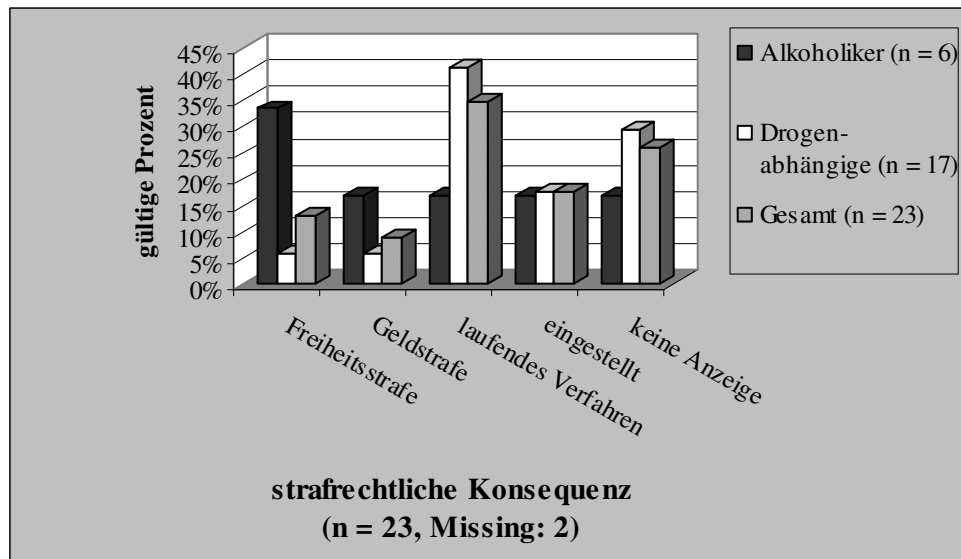


Abbildung 5.72: Strafrechtliche Konsequenz der negativen Legalbewährung kombiniert mit Diagnosetyp, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 25)

Neben einer erneuten Verurteilung ist der Bewährungswiderruf ein wichtiger Gradmesser für das Verhalten nach Entlassung. Ein Bewährungswiderruf erfolgt bei 7.1 % (n = 136, Missing: 8, ein Proband verweigert die Antwort), bei drei Probanden wird damit gerechnet. 90.6 % sind davon nicht betroffen. Nicht immer steht im Hintergrund eine Straftat; bei drei Bewährungsversagern, die strafrechtlich nicht weiter in Erscheinung getreten sind, führen Suchtmittelrückfälle zu einem Widerruf. Zwischen den Index-Delikttypen sind Unterschiede statistisch nicht bedeutsam. Auch nicht zwischen den Diagnosegruppen. Allerdings zeichnet sich ab, dass Drogenabhängige etwas häufiger von einem Bewährungswiderruf betroffen sind: 12 % (n = 75) vs. 5.8 % (n = 52 Alkoholiker).

Ein (laufendes) Ermittlungsverfahren ist bei drei Probanden (13.6 %; n = 25, Missing: 2, ein Proband verweigert die Antwort) anhängig: Betrug / Diebstahl, Brandstiftung, BtMG-Verstoß, Verkehrsdelikt sind die angezeigten Straftaten. Betroffen sind ein Gewalttäter und zwei BtM-Täter bzw. ein Alkoholiker und zwei Drogenabhängige.

5.5.3 Abstinenz

5.5.3.1 Abstinenzverhalten

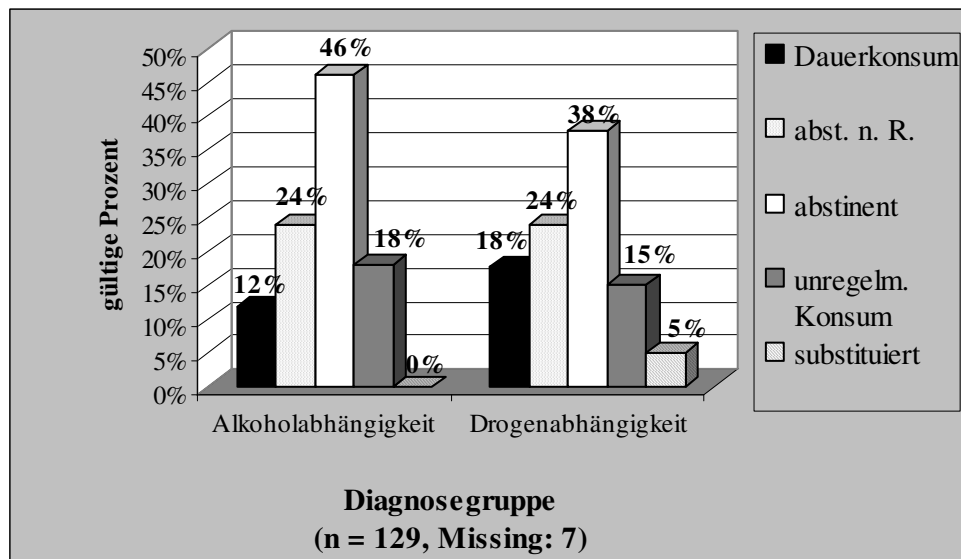
Analog zum Legalverhalten werden auch zur Erfolgseinschätzung bzgl. des Abstinenzverhaltens zwei Berechnungen angestellt. Die untere Schätzgrenze mit Einschluss aller für die Katamnese in Frage kommenden Probanden erreicht eine Rückfälligenquote von 47.9 % ($n = 167$, Missing: 4). 52.1 % leben im Beobachtungszeitraum durchgängig abstinenter bzw. seit mindestens drei Monaten nach einem Rückfall wieder abstinenter. Die „Abstinenter nach Rückfall-Kategorie“ wird gemäß den Vorschlägen der deutschen Gesellschaft für Suchtforschung (1985, 1992) eingeführt, da Suchtmittelrückfälle sowohl in als auch nach der Therapie als Bestandteil der Abhängigkeitserkrankung definiert werden. Definiert als rückfällig werden in dieser Berechnung – neben den tatsächlich Rückfälligen – alle Verweigerer, zum Befragungszeitpunkt Substituierte und Probanden mit unregelmäßigem Konsum.

Nicht statistisch abgesichert sind Tendenzen in den verschiedenen Index-Delikttypen-Klassen. Mit der Abstinenz kommen insbesondere gewalttätige Eigentumsdelinquente (Abstinenzquote von 70 %, $n = 10$), Verkehrsstraftäter (83.3 %, $n = 12$) und der einzige Brandstifter gut zurecht. Eher mittlere Abstinenzquoten erreichen Gewalttäter (63 %, $n = 27$) und Sexualdelinquente (50 %, $n = 2$). Schlecht schneiden BtM-Täter (44.6 %, $n = 83$) und gewaltlose Eigentumstäter (40.9 %, $n = 22$) ab. Die unter sonstige Delikte Fallenden ($n = 5$) sind mit einer Abstinenzquote von 60 % im mittleren Bereich. Die Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen sind nicht signifikant: Chi-Quadrat-Test (1, $n = 163$) = 3.009, $p > .05$. 61.4 % der 57 Alkoholiker leben abstinenter / abstinenter nach Rückfall, aber nur 47.2 % der Drogenabhängigen.

Zur Berechnung der oberen Schätzgrenze werden wieder nur die Probanden eingeschlossen, die tatsächlich an der Studie teilnehmen bzw. von denen über Dritte Informationen vorliegen. Aufgrund der besseren Informationsausgangslage können differenziertere Angaben gemacht werden: Über 65 % ($n = 136$, Missing: 5, zwei Probanden verweigern eine Antwort) sind abstinenter / abstinenter nach Rückfall, über 16 % betreiben einen unregelmäßigen Konsum und über 15 % sind dauerhaft rückfällig. Vier Probanden werden substituiert.

Die Index-Delikt-Gruppen unterscheiden sich nicht nennenswert. Auch die Diagnosegruppen zeigen keine signifikanten Unterschiede: Chi-Quadrat-Test (4, $n = 129$) = 3.807, $p > .05$. Abbildung 5.73 macht deutlich, dass es Drogenabhängigen ($n = 79$, Mis-

sing: 3) schlechter gelingt, dauerhaft ohne Suchtmittel zu leben. Sie sind häufiger als Alkoholiker (n = 50, Missing: 4) dazu gänzlich nicht in der Lage.

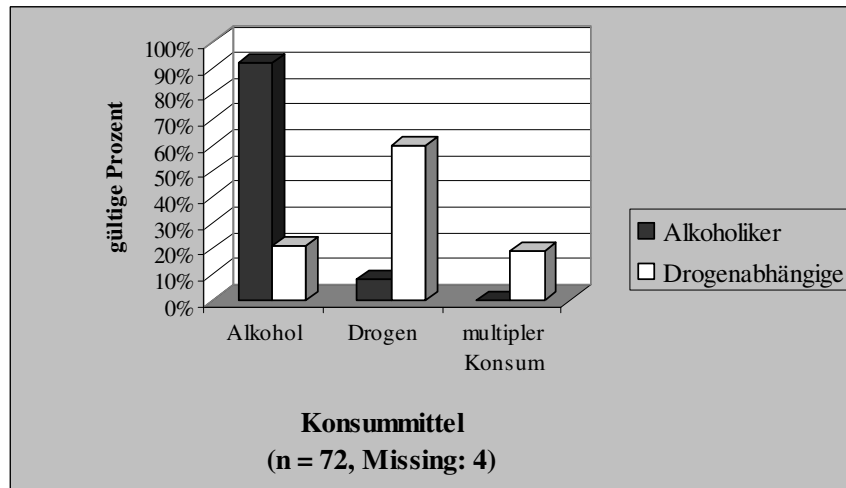


Anmerkung: abst. n. R. = abstinent nach Rückfall, unregelm. Konsum = unregelmäßiger Konsum.

Abbildung 5.73: Abstinenzverhalten kombiniert mit Diagnosetyp, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 136)

Beinahe 50 % werden mit Alkohol rückfällig (n = 76, Missing: 3, ein Proband verweigert die Antwort). Immerhin 12,5 % berichten von einem Mischkonsum (Drogen und Alkohol). Hier sind die Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen signifikant. Alkoholiker bleiben zu 92 % bei ihrem Konsummittel, während Drogenabhängige etwas stärker variieren (vgl. Abb. 5.74).

Eine Suchtmittelverlagerung wird nur bei zehn Probanden festgestellt, 85,5 % (n = 76, Missing: 6, ein Proband verweigert die Antwort) bleiben bei ihrem ursprünglichen Hauptsuchtmittel. Neun Drogenabhängige präferieren nun Alkohol, ein Alkoholiker Drogen.



Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 33.015, df = 2, p = .000

Likelihood-Quotient: Wert 37.801, df = 2, p = .000

Anzahl der gültigen Fälle: 72. 1 Zelle (16.7 %) hat eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3.13.

Abbildung 5.74: Präferenzsuchtmittel kombiniert mit Diagnoseklasse, rückfällige § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 76)

Viele der einmal, gelegentlich oder dauerhaft Konsumierenden werden sofort nach Entlassung rückfällig (vgl. Abb. 5.75).

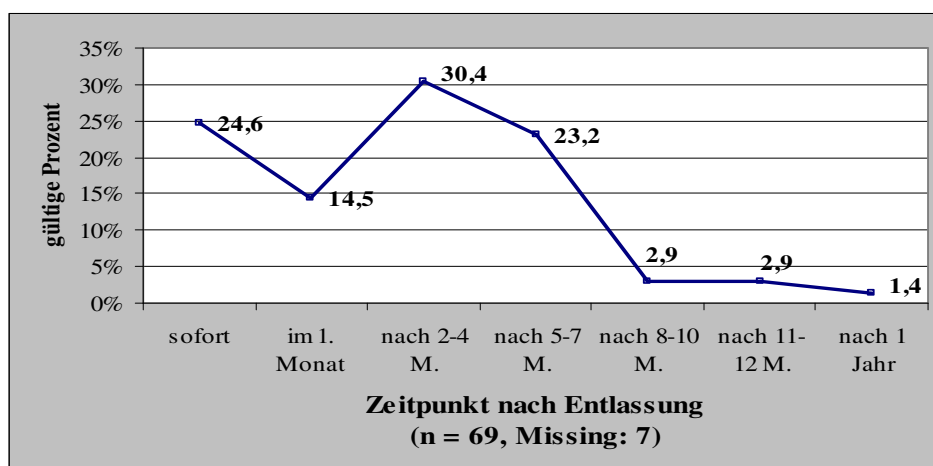


Abbildung 5.75: Erster Rückfall nach Entlassung, rückfällige § 64 StGB-Katamnese-patienten (n = 76)

Nach vier Monaten sind nahezu 70 % der Betroffenen rückfällig geworden, danach flacht die Kurve ab. Die Diagnosegruppen unterscheiden sich nicht wesentlich, auch wenn Drogenabhängige etwas häufiger in den ersten Zeitklassen zu finden sind: 75.5 % der 45 drogenabhängigen Probanden werden innerhalb der ersten vier Monate rückfällig (vs. 58.4 % der 24 Alkoholiker).

Eine Veränderung des Konsummusters wird von 38 Probanden berichtet. Meist kann man von einer Verengung sprechen (61.7 %; n = 76, Missing: 15, ein Proband verweigert die Antwort), also ein qualitativ und quantitativ reduzierter Konsum (kürzere Phasen, weniger Suchtmittelvariation, Konsum zu bestimmten Anlässen etc.). Bei 1.7 % muss der Interviewer eher eine Verbreiterung feststellen. 36.7 % verändern das bekannte Muster nicht.

63.9 % (n = 76, Missing: 13, zwei Probanden verweigern die Antwort) werden in Gesellschaft rückfällig, lediglich 22 Probanden alleine. Die Diagnosegruppen unterscheiden sich nicht signifikant, 38.1 % der 21 Alkoholiker und 35 % der Drogenabhängigen konsumieren alleine.

Als Auslöser für den ersten Rückfall werden von 43.9 % (n = 76, Missing: 17, zwei Probanden verweigern die Antwort) emotionale Belastungssituationen beschrieben. Da viele Probanden in Gesellschaft rückfällig werden, wundert es nicht, dass Feier die zweithäufigste Nennung (19.3 %) ist. Leichtsinn bzw. Selbstüberschätzung wird von 14 % berichtet, sozialer Druck von 10.5 %, keinen spezifischen Auslöser erkennen 7 %, Rückfall im Kontext von Drogenhandel wird bei 1.8 % beschrieben. Ein Proband habe keine tragfähige Abstinenzentscheidung getroffen; ein weiterer berichtet, massiven Suchtdruck erlebt zu haben, mit dem er nicht umgehen konnte.

Die Diagnosegruppen unterscheiden sich nicht signifikant, auch wenn Alkoholiker (n = 21) prozentual etwas stärker von Feier- und Belastungssituationen beeindruckt sind (23.8 % und 47.6 % vs. 16.7 % und 41.7 % bei den 36 Drogenabhängigen). Einige Drogenabhängige können im Gegensatz zu Alkoholikern im Rückblick keine spezifischen Auslöser mehr erkennen (11.1 % vs. 0 %).

Nicht immer liegen Angaben zur Häufigkeit der Rückfälle vor. Von 55 Probanden werden entsprechende Informationen geliefert (Missing: 19, zwei Probanden verweigern die Antwort). Es ergeben sich zwei Pole: Häufiger bzw. Dauerkonsum (beinahe 1/3 konsumiert dauerhaft) oder singulärer Konsum (über 20 % werden nur einmal rückfällig). Die Diagnosegruppen unterscheiden sich nicht (vgl. Abb. 5.76).

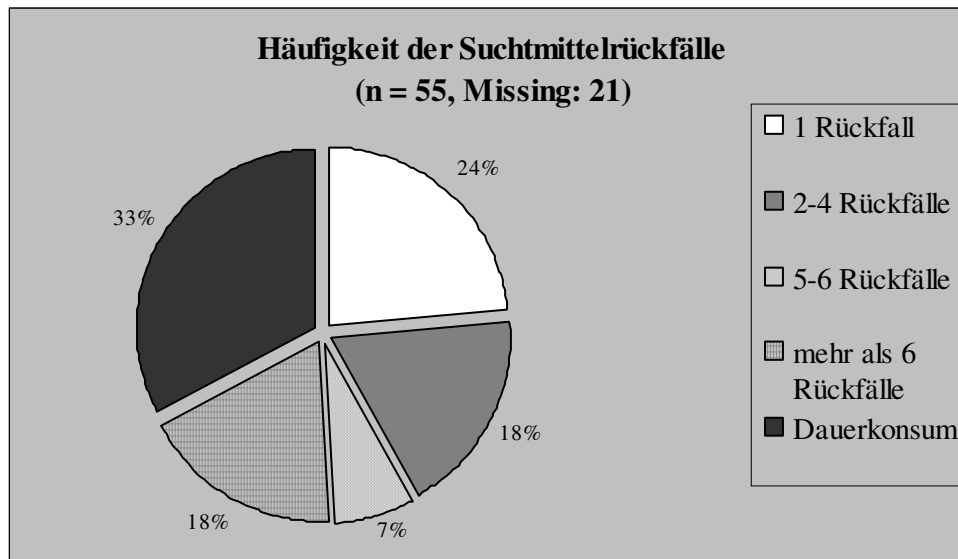


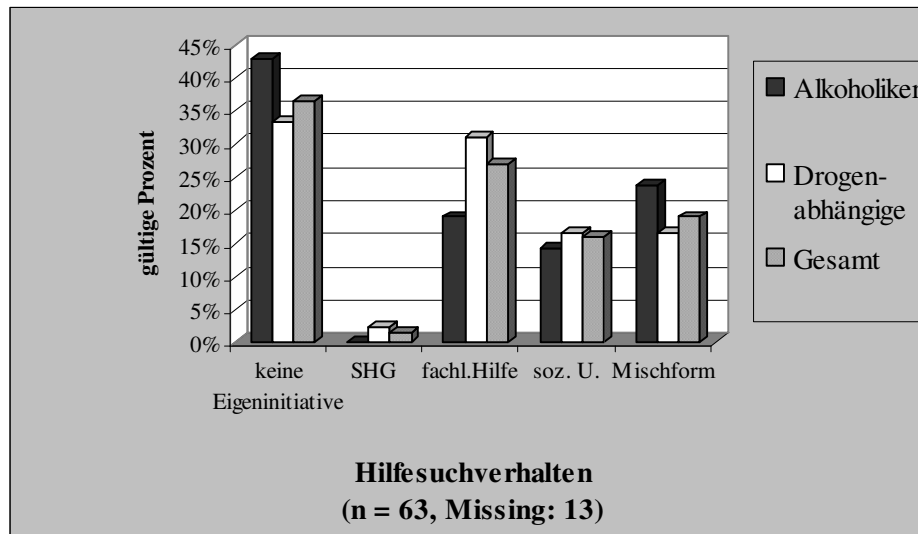
Abbildung 5.76: Rückfallhäufigkeit in (gültigen) Prozent, rückfällige § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 76)

Auch die Dauer der ersten Rückfallphase zeigt ein zweipoliges Bild (n = 76, Missing: 27, ein Proband verweigert die Antwort): Nur Stunden bis einige Tage (60.4 %) vs. über zwei Monate (29.2 %). Die weiteren fünf Probanden verteilen sich auf die Kategorien bis einschl. zwei Wochen, zwei bis vier Wochen und ein bis zwei Monate.

Wenn auch nicht statistisch abzusichern, zeigt sich dennoch, dass Alkoholiker ihren ersten Rückfall etwas kürzer halten können (72.2 % begrenzen den ersten Konsum auf Stunden bis einige Tage, n = 18). Drogenabhängige (n = 30) sind häufiger langanhaltend rückfällig (36.7 % über zwei Monate).

5.5.3.2 Krankheitsbewältigung

Rückfällige ergreifen häufig keine Eigeninitiative, um aus der Rückfallspirale herauszukommen (36.5 %; n = 76, Missing: 12, ein Proband verweigert die Antwort). Immerhin 27 % suchen sich fachliche Hilfe bei Suchtberatungsstellen oder einem spezialisierten Therapeuten. 19 % berichten über eine Mischform, in der sie u. U. bereits in der Therapie gewählte Rettungsanker nutzen (fachliche Hilfe, Unterstützung von Freunden / Familie etc.). Zehn Probanden werden von Freunden und / oder Familie unterstützt, ein Proband erlebt die Selbsthilfegruppe als hilfreich. Auch hier unterscheiden sich die Diagnosegruppen nicht signifikant (vgl. Abb. 5.77).



Anmerkung: SHG = Selbsthilfegruppe, fachl. Hilfe = fachliche Hilfe, soz. U. = soziale Unterstützung.

Abbildung 5.77: Hilfesuchverhalten, rückfällige § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 76)

Positiv ist, dass es beinahe 1/3 der Drogenabhängigen gelingt, sich an Fachleute zu wenden. Als problematisch muss aber konstatiert werden, dass eine große Gruppe (42.9 % der 21 Alkoholiker und 33.3 % der 42 Drogenabhängigen) nicht in der Lage ist, bei einer Rückfallsituation initiativ zu werden und sich aktiv um Hilfe zu bemühen.

Medikamentöse Behandlungen spielen bei Suchtkranken sowohl in der stationären Therapie wie auch im poststationären Kontext kaum eine Rolle. Nur fünf Probanden (n = 136, Missing: 17, ein Proband verweigert die Antwort) erhalten Neuroleptika bzw. Antidepressiva. Eine Interferonbehandlung der Hepatitis-C-Erkrankung kommt bei 12 Probanden in Frage. Bei 41.7 % wurde sie im Beobachtungszeitraum nicht begonnen, 1/3 kann sie erfolgreich abschließen, zwei Probanden sind noch in Behandlung und bei einem wird sie abgebrochen.

Nur 16 Probanden (13.2 %; n = 136, Missing: 13, zwei Probanden verweigern die Antwort) müssen sich im Beobachtungszeitraum z. T. mehrfach in stationäre Behandlung begeben: 12 machen eine stationäre Entgiftung, drei eine Entwöhnungstherapie, vier werden in der Psychiatrie behandelt. Vier Probanden – drei in der Psychiatrie und einer in Entgiftung bzw. Entwöhnungstherapie – sind unfreiwillig in Behandlung.

Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen sind nicht signifikant, machen aber dennoch deutlich, dass Drogenabhängige (n = 73) etwas stärker von einer erneuten stationären Behandlung betroffen sind: 17.8 % vs. 6.3 % der 48 Alkoholiker.

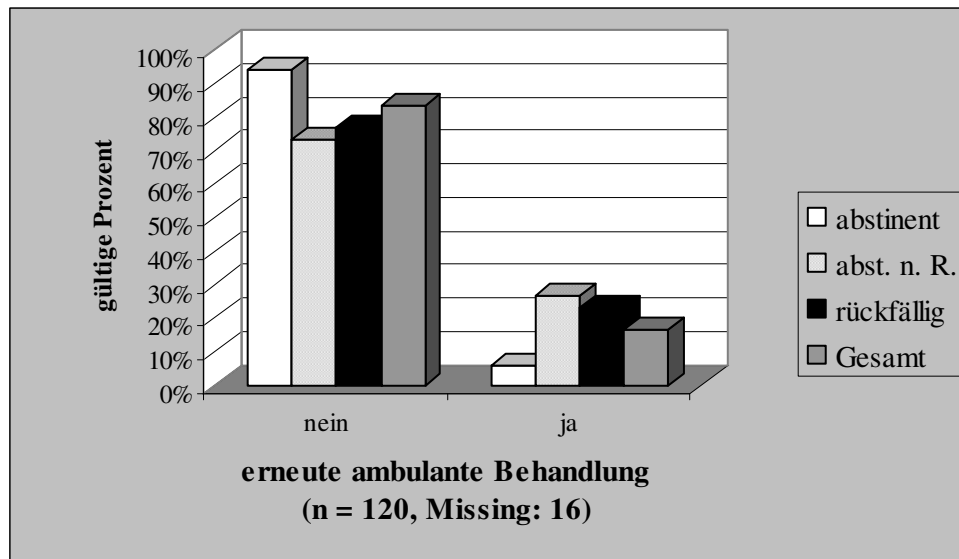
Um Unterschiede zwischen Rückfälligen und Nichtrückfälligen zu analysieren, werden die Probanden je nach Abstinenzverhalten kategorisiert: 53 (39.8 %) leben abstinent, 31 (23.3 %) sind in der Lage, nach einem Rückfall wieder suchtmittelfrei zu bleiben und 49 (36.8 %) schaffen es nicht oder nur für kurze Zeiträume, abstinent zu bleiben. Zu Letzteren werden auch Substituierte ($n = 4$), zwei Verweigerer und zwei Probanden, von denen Dritte (Bewährungshelfer) einen Suchtmittelkonsum vermuten, gezählt. Nur von drei Probanden können keinerlei Informationen verwertet werden.

Eine erneute Behandlung steht – wie erwartet – im engen Zusammenhang mit Rückfälligkeit: Chi-Quadrat-Test ($2, n = 121$) = 10.152, $p < .01$. Nur ein Proband der 16 Wiederaufgenommenen ist abstinent geblieben. Allerdings unterscheiden sich Abstinenz-nach-Rückfall-Probanden nicht sehr von dauerhaft Rückfälligen in ihrer Aufnahmequote: 21.4 % ($n = 28$) vs. 22 % ($n = 41$). Umgekehrt heißt das auch, dass sich nur etwa 1/5 der Probanden, die nicht dauerhaft mit der Abstinenz zurecht kommen, in stationäre Behandlung begeben.

Ambulant werden 20 behandelt (16.7 %; $n = 136$, Missing: 13, drei Probanden verweigern die Antwort): Acht werden substituiert, sechs suchen einen Psychologischen Psychotherapeuten auf, fünf sind in ärztlich-psychiatrischer Behandlung, ein Proband ist in einer Adaptionseinrichtung. Nur zwei Probanden (beide drogenabhängig) haben sich unter Druck der Bewährungshilfe in Behandlung begeben.

Ambulante und stationäre Behandlung schließen sich meist nicht aus, sondern ergänzen sich eher. Immerhin 57.1 % der stationär Behandelten sind zudem in ambulanter Therapie ($n = 16$, Missing: 2) bzw. 42.1 % der ambulanten Patienten ($n = 20$, Missing: 1) sind oder waren in stationärer Behandlung.

Diagnostisch gibt es keine Unterschiede zwischen Behandelten und Nicht-behandelten. Getrennt nach Abstinenzverhalten sind es eher wieder Rückfällige, die sich ambulant behandeln lassen (vgl. Abb. 5.78). Allerdings wieder nur etwa 1/4, über 70 % begeben sich nicht in Behandlung.



Anmerkung: abst. n. R. = abstinent nach Rückfall, unregelm. Konsum = unregelmäßiger Konsum.

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 7.584, df = 2, p = .023

Likelihood-Quotient: Wert 8.385, df = 2, p = .015

Anzahl der gültigen Fälle: 120. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 5.00.

Abbildung 5.78: Erneute ambulante Behandlung kombiniert mit Abstinenzverhalten, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 136)

Untersucht man ambulante und stationäre Therapie zusammen und setzt das in Beziehung zum Abstinenzverhalten, muss festgehalten werden, dass 68 % (n = 80, Missing: 13) der von Rückfall Betroffenen (dauerhaft oder abstinent nach Rückfall) weder in ambulanter noch in stationärer Behandlung sind. Dies deckt sich mit den Ergebnissen zum Hilfesuchverhalten, die deutlich machen, dass häufig keine Hilfe gesucht wird oder sich die Bemühungen eher auf das unmittelbare Umfeld beschränken.

5.5.3.3 Nachsorge

Die bei bedingter Entlassung nahezu allen Probanden auferlegte Weisung einer ambulanten Nachsorge wird von 12 Probanden nicht erfüllt (10.7 %; n = 136, Missing: 14, drei Probanden verweigern die Antwort, bei 7 Probanden trifft das Item nicht zu: Heim oder betreute Wohnform, erneut im MRV). Die meisten Probanden aber gehen der Auf-

lage nach und sprechen in regelmäßigen Abständen (meist vierwöchentlich) mit ihrem Therapeuten (vgl. Abb. 5.79).

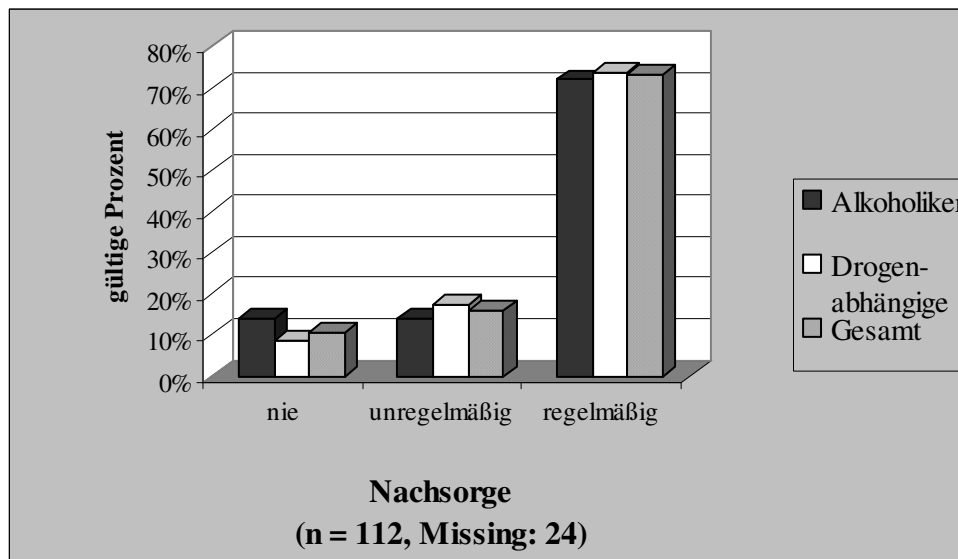


Abbildung 5.79: Erfüllung der Auflage „Nachsorge“, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 136)

45.6 % (n = 136, Missing: 17, zwei Probanden verweigern die Antwort, bei 19 Probanden trifft das Item nicht zu) gehen zur Suchtberatungsstelle der Caritas, 27.6 % in die Institutsambulanz der Klinik. Je 10 Probanden besuchen die Suchtberatungsstelle des Gesundheitsamtes oder einen niedergelassenen Therapeuten, sechs Probanden sind an ihre Adaptionseinrichtung auch nach einer dortigen Entlassung eingebunden bzw. anderweitig versorgt.

Die Diagnosegruppen unterscheiden sich nicht signifikant in der Teilnahmefrequenz: Chi-Quadrat-Test (2, n = 112) = 0.890, $p > .05$.

104 Probanden (82.5 %, n = 126, Missing: 21, ein Proband verweigert die Antwort) geben Bewertungen über die gemachten Nachsorgeerfahrungen ab (vgl. Abb. 5.80). Über die Hälfte kann die Nachsorgesitzungen als hilfreich einstufen, beinahe 30 % allerdings erleben sie als lästig, sehen die Besuche eher als Pflichterfüllung. Ein Proband hat beide Bewertungspole erlebt. 16 Probanden bewerten differenzierend: Die Nachsorge ist... „(zu Beginn / zum Ende) belastend“, „entlastend“, „informativ“, „negativ“, „zu wenig flexibel (Ausweitung auf z. B. Paartherapie)“. Die potentiellen Diagnosegruppenunterschiede können aufgrund geringer Zellenbesetzung nicht analysiert werden; allerdings lassen sich auch deskriptiv kaum nennenswerte Divergenzen darstellen:

56.4 % der Alkoholiker (n = 39) und 53.8 % der 65 Drogenabhängigen erleben die Nachsorge als Hilfe.

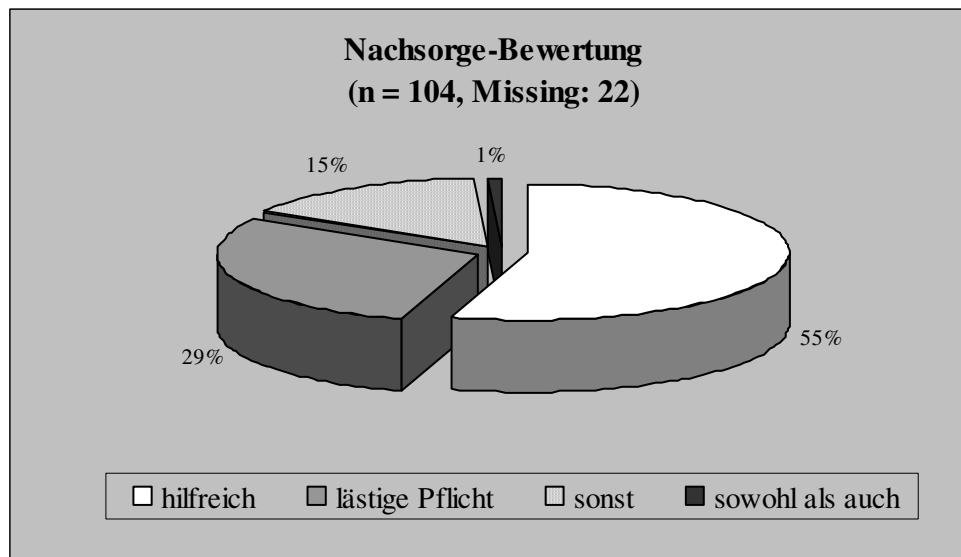


Abbildung 5.80: Bewertung der Nachsorgetherapie, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 126)

Die Probanden haben die Möglichkeit, Verbesserungsvorschläge zu machen (vgl. Anhang E-3). 34 Vorschläge gehen ein, die sich meist auf die Organisation beziehen. Sehr viele Probanden kritisieren die Pflicht zur Nachsorge. Auch wünschen sich viele, den gleichen Therapeuten wie auf Station zu haben bzw. zumindest nicht während der Nachsorge wechseln zu müssen. Einige halten es für notwendig, das Angebot zu vergrößern: Hausbesuche, Termine auch am Wochenende, Paartherapieangebote etc. Drei Nennungen beziehen sich auf eine quantitative Steigerung. Ebenfalls zum Bereich Organisation gehört der Wunsch, bereits in der Therapie ausführlicher über die Nachsorge informiert zu werden und sie in der Entlassphase in die Wege zu leiten. Auch wenn einige gerade eine Anbindung an die frühere Station sinnvoll finden, fordern andere eher Distanz und Trennung zur Forensik. Immerhin zwei Probanden halten es für geboten, mehr Druck auszuüben (insbesondere bzgl. Drogenscreening).

Es steht jedem ehemaligen Patienten frei, auch andere ambulante Einrichtungen zu besuchen. Zur Suchtberatungsstelle haben 14 Probanden Kontakt, 85.3 % (n = 136, Missing: 25, ein Proband verweigert die Antwort, bei 15 Probanden trifft das Item nicht zu) nutzen dieses Angebot nicht. Nur ein Proband besucht Angebote des sozialpsychiatrischen Dienstes.

5.5.3.4 Zusammenfassung Lebenskontext

Die Arbeitsstelle kann von der Hälfte gehalten werden, fast 50 % sind meist Vollzeitbeschäftigte. Allerdings wächst der Erwerbslosenanteil sehr stark von unter 10 auf 43.5 %. In anderen Studien ist der Erwerbstätigenanteil niedriger (Koch, 1988; Pfaff, 1998). Die Wohnform ändert sich wie in anderen Studien (Koch, 1988; Thiel, 2001) kaum, über die Hälfte lebt mit Partner oder Familie, viele auch alleine. Finanziell sind die meisten Probanden abgesichert. Die Familiensituation zeigt eine zunehmende Stabilisierung, lediglich 20 % sind ledig. Dies entspricht nicht ganz den Daten aus anderen Studien, die meist einen höheren Anteil Lediger haben (Koch, 1988; Pfaff, 1998). Allerdings sind in diesen Studien auch keine Drogenabhängigen vertreten. Die Studie von Thiel (2001) mit Drogenabhängigen kann eine sehr viel deutlichere Zunahme an Partnerschaften aufzeigen: Vor der Therapie haben 47 % einen Partner, am Ende der ambulanten Nachsorge 69 %. Familienkontakte lassen sich ausbauen, dagegen sind Freundeskontakte eher von Auflösung betroffen. Vereine spielen nach wie vor kaum eine Rolle, über die Hälfte der Probanden ist in der Lage, ihre Freizeit sinnvoll und aktiv gestaltend zu nutzen.

Die Legalbewährung der Gesamtgruppe schwankt zwischen 64.6 % (untere Schätzgrenze) und 80.9 % (obere Schätzgrenze). Bischoff-Mews (1998) erreicht nach einer dreijährigen Beobachtungszeit eine Quote von 34 %. Vergleichbar ist Koch (1988) mit 30 %. Deutlich höher ist die Quote bei Pfaff (1998) mit 63 % straftatlosen Alkoholikern. Dimmek und Duncker (1996) können eine Bewährungsquote von 48 % erreichen. Dazwischen liegen Meier und Metrikat (2003) mit 58 %. Im Jahre 2001 nachexplorierte, 185 Gutachtensfälle der Jahre 1992 und 1993 weisen Straffälligenquoten von 27.3 % (Alkoholiker) und 47.3 % (Drogenabhängige) auf (Stadtland & Nedopil, 2003). Diese Studie untersucht allerdings auch Probanden ohne MRV-Therapie. Die Versagerquote ist in der Regensburger Studie wie in anderen Untersuchungen bei Drogenabhängigen deutlich höher als bei Alkoholkranken (Meier & Metrikat, 2003). Auch BtM-Täter sind besonders gefährdet.

Delikte sind vorrangig BtMG-Verstöße (über 50 %), gefolgt von Weisungsverstößen, Eigentumsdelikten und Körperverletzungen bei zwei Probanden. Im Vergleich zwischen Index- und Rückfalldelikt zeigt sich eine gewisse Konstanz. Dies ist bei anderen Studien ebenfalls so: Bei Koch (1988) zeigen 72 % der 48 Straffälligen das gleiche Delikt (vgl. auch Dimmek & Duncker, 1996).

Wie bei § 63 StGB-Probanden ist das erste Halbjahr nach Entlassung besonders sensibel. Dies findet auch in anderen Studien Bestätigung (Bischoff-Mews, 1998). Auch

Suchtmittel spielen eine große Rolle: 3/4 begehen die Rückfalltat unter Einfluss von Drogen oder Alkohol. Koch (1988) oder Pfaff (1998) können eine Korrelation zwischen Sucht und Straffälligkeit bestätigen. Die strafrechtlichen Folgen reichen von Freiheitsstrafe bis zur Einstellung des Verfahrens. Meist sind die Verfahren zum Befragungszeitpunkt aber noch nicht abgeschlossen. Bewährungswiderrufe erfolgen bei 7 %, nicht immer als Folge einer erneuten Straftat. Auch in anderen Studien sind die Hintergründe für einen Bewährungswiderruf vielfältig (Dimmeck & Duncker, 1996). Drogenabhängige scheinen davon etwas häufiger betroffen zu sein.

Die Abstinenzquote liegt zwischen 52.1 % (untere Schätzgrenze) und 65.1 % (obere Schätzgrenze). Negativ fallen BtM-Täter und gewaltlose Eigentumstäter auf; diagnostisch sind die Unterschiede nicht signifikant, aber herausstechend: Alkoholiker schneiden besser ab als Drogenabhängige. Dies entspricht dem Studienergebnis von Pfaff (1998), der bei seinen Alkoholkranken eine (dauerhafte) Rückfallquote von lediglich 19 % erreicht. Dagegen muss Bischoff-Mews (1998) bei 70 % von Rückfälligen sprechen. Wiesheu (2002) erreicht eine Abstinenzquote von 50 %. Eine Studie mit Alkoholikern einer allgemeinen Entwöhnungsbehandlung (Römer et al., 2002) kann eine Abstinenzquote von 51 % bzw. 59 % (untere bzw. obere Schätzgrenze) berichten.

Das Suchtmittel der Wahl ist Alkohol, Drogenabhängige sind eher auch Mischkonsumierer. Im Vergleich zum Konsumverhalten vor Einweisung wird kaum eine Suchtmittelverlagerung berichtet. Allerdings gelingt es einigen Rückfälligen, ihr Konsumverhalten einzuengen. Wie bei der Legalbewährung ist das erste Halbjahr nach Entlassung sehr problematisch (vgl. auch Bischoff-Mews, 1998; Koch, 1988). Emotionale Belastungssituationen sind besonders risikoreich. Bei Bischoff-Mews (1998) werden Langeweile, fehlende berufliche Perspektiven, unbefriedigende Lebensumstände, fehlende Tagesstruktur als Rückfallmotive beschrieben. Häufig werden die Betroffenen nicht initiativ, um mit der Situation zurecht zu kommen. Nur knapp 30 % der Regensburger Probanden sucht fachliche Hilfe. Dennoch ist dieser Anteil höher als bei anderen Studien, die kaum einen positiven Effekt der Therapie bzgl. Krankheitseinsicht bzw. Behandlungsmotivation im Langzeitverlauf erkennen können (a. a. O.). Die erneute stationäre oder ambulante Behandlung spielt insgesamt eine untergeordnete Rolle; bei Drogenabhängigen etwas mehr als bei Alkoholkranken. Meist steht eine Suchtmittelrückfälligkeit dahinter. Allerdings begeben sich 68 % der Rückfälligen nicht in fachliche Hände. Auch bei Koch (1988) unterziehen sich 49 % nicht einer Behandlung, obwohl sie rückfällig geworden sind.

Knapp 3/4 kommen der Auflage Nachsorge nach, etwa die Hälfte nutzt dazu die Suchtberatungsstelle der Caritas. Die Nachsorgegespräche werden von 50 % als sinnvoll, von 30 % aber als lästig bezeichnet.

5.5.4 Erfolgseinschätzung

5.5.4.1 Interviewer

Um den Werdegang der ehemaligen forensischen Patienten, gemessen an den Erfolgsmaßen Abstinenz und Legalbewährung, auf einen Blick darstellen zu können, werden die Interviewer gebeten eine Abschätzung abzugeben. Bei vier Probanden ist dies nicht möglich: Bei zwei weiß der Bewährungshelfer von einer erneuten Straftat, aber er hat keine Informationen über einen möglichen Suchtmittelrückfall; bei einem Probanden vermutet der Bewährungshelfer einen Rückfall, kann aber keine Einschätzung zur Legalbewährung abgeben; bei einem weiteren Probanden ist die Abstinenz bekannt, aber nicht das Delinquenzverhalten. Ebenfalls ausgeschlossen wird ein Proband, der alle Aussagen dazu verweigert. Somit liegen Bewertungen von 131 Probanden vor (vgl. Abb. 5.81).

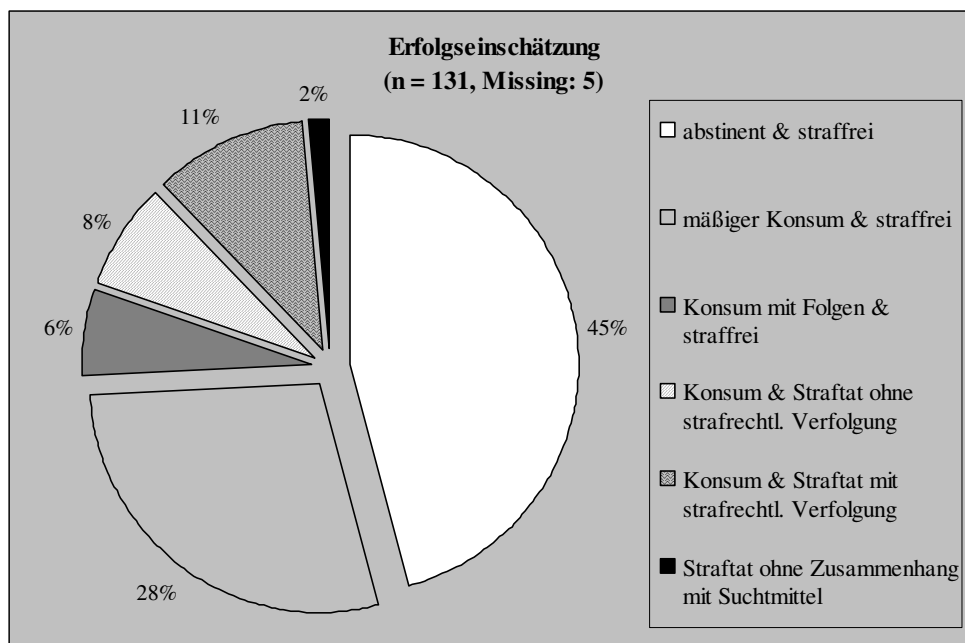
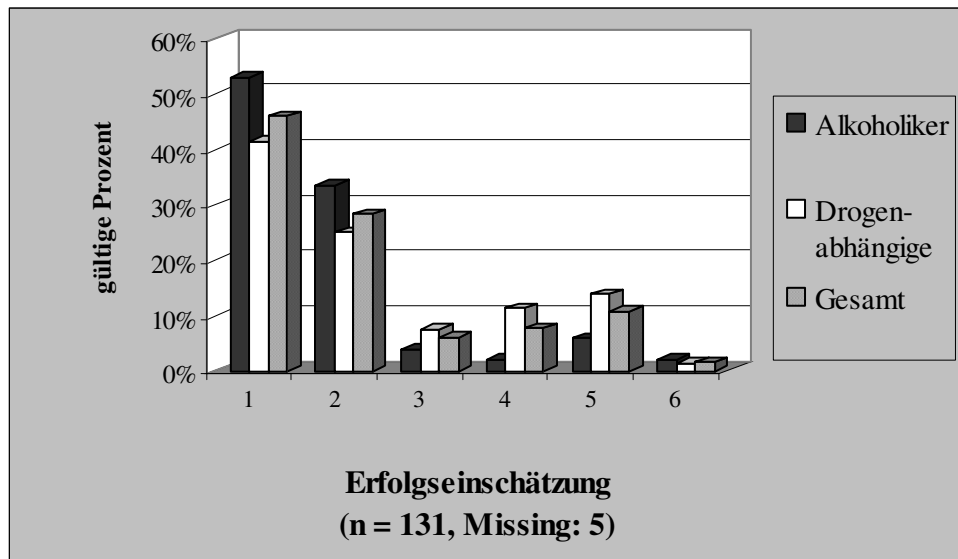


Abbildung 5.81: Erfolgseinschätzung der Interviewer, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 136)

Fast die Hälfte kann als erfolgreich in beiden Aspekten eingestuft werden. Immerhin knapp 30 % konsumieren zwar mäßig (unregelmäßiger Konsum, Konsum ohne soziale oder gesundheitliche Folgen etc.), schaffen es dennoch, straftatfrei zu bleiben. Beinahe 11 % sind weder zum einen noch zum anderen in der Lage: Sie konsumieren und werden straffällig mit entsprechender Konsequenz (Freiheitsstrafe etc.). Zehn Probanden leben ebenfalls nicht abstinent, werden auch straffällig, allerdings wird dieses Verhalten nicht sanktioniert. Acht sind schwer rückfällig geworden, schaffen keine suchtmittelfreien Phasen, verlieren zunehmend das bisher Aufgebaute, werden aber nicht straffällig. Und schließlich bleibt eine sehr kleine Gruppe von zwei Probanden, die straffällig werden, ohne dass ein Zusammenhang mit einem Suchtmittelkonsum besteht.

Wenn nun die fünf fehlenden Probanden miteingeschlossen werden – sie werden dann als Negativfälle definiert – verändert sich die Erfolgsquote: 13.2 % müssen als völlige Versager bezeichnet werden (Konsum und Straftat mit strafrechtlicher Verfolgung, $n = 14 + 4$). Von einem Probanden ist seine Abstinenz bekannt, aber nichts über die Legalbewährung. Er wird daher zur Gruppe derer mit Straftat ohne Zusammenhang mit Suchtmittel gezählt. Diese wächst somit auf drei Probanden an: 2.2 %. Die Erfolgsgruppe reduziert sich relativ in ihrem Anteil an der Gesamtgruppe ($n = 136$) auf 44.1 %, die mit mäßigem Konsum und straftatfrei auf 27.2 %, die straftatfreien Konsumenten auf 5.9 %. Die Gruppe der Probanden mit Konsum und nicht verfolgter Straftat hält dann einen Anteil von 7.4 %.

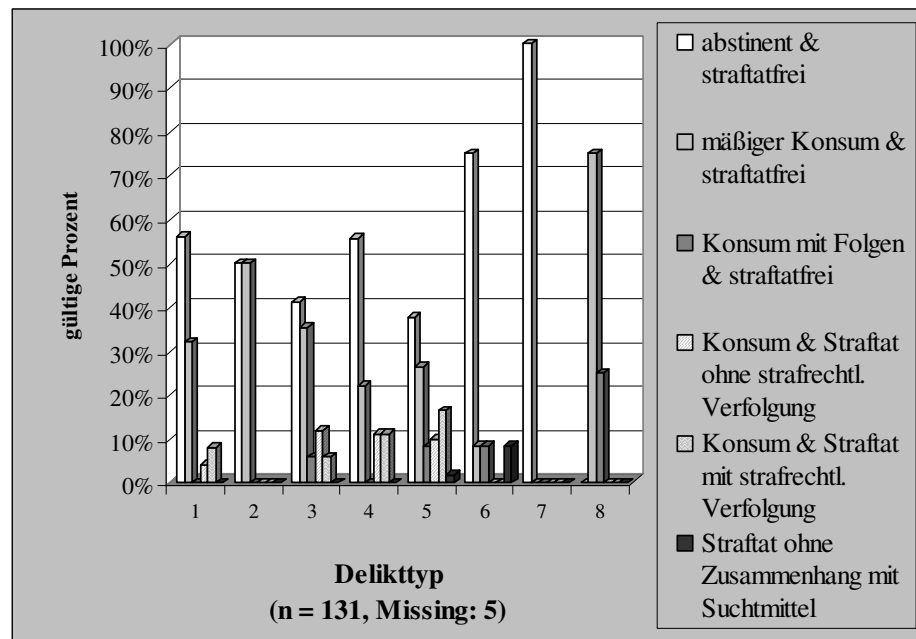
Abbildung 5.82 zeigt die Verteilung der Erfolgskategorien in den beiden Diagnosegruppen. Aufgrund der geringen Zellenbesetzung können keine statistischen Analysen angestellt werden. Deutlich wird dennoch, dass Alkoholabhängige ($n = 51$, Missing: 3) überdurchschnittlich erfolgreich abschneiden: 52.9 % sind sowohl abstinent wie auch straftatfrei. Dies gelingt nur 41.3 % der 80 Drogenabhängigen (Missing: 2). Immerhin noch 33.3 % der Alkoholiker konsumieren zwar hin und wieder, bleiben dennoch ohne erneute Delinquenz. Bei Drogenabhängigen gelingt dies nur 25 %. Letztere sind eher gefährdet, in ihrer Rückfälligkeit auch straffällig zu werden: Bei 11.3 % bleibt diese ohne Konsequenz, bei 13.8 % allerdings müssen die Betroffenen strafrechtliche Sanktionen befürchten oder bereits annehmen. Alkoholiker sind dagegen in diesen beiden Kategorien deutlich unterrepräsentiert: 2 bzw. 5.9 %. In der letzten Gruppe – straffällige aber nicht rückfällige Probanden – sind jeweils nur ein Alkohol- und Drogenkranker.



Anmerkung: 1 = abstinent & straftatfrei, 2 = mäßiger Konsum & straftatfrei, 3 = Konsum mit Folgen & straftatfrei, 4 = Konsum & Straftat ohne strafrechtliche Verfolgung, 5 = Konsum & Straftat mit strafrechtlicher Verfolgung, 6 = Straftat ohne Zusammenhang mit Suchtmittel.

Abbildung 5.82: Erfolgseinschätzung der Interviewer kombiniert mit Diagnosegruppe, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 136)

Eine Differenzierung nach Delikttyp kann zwar aufgrund geringer Stichprobenumfänge ebenfalls nicht statistisch ausgewertet werden, zeigt aber leichte Schwankungen (vgl. Abb. 5.83). Positiv imponiert der einzige Brandstifter, aber auch 75 % der Verkehrsstraftäter (n = 12), Gewalttäter mit 56 % (n = 25), gewalttätige Eigentumsdelinquente mit 55.6 % (n = 9) und Sexualdelinquente mit 50 % (n = 2). Unterdurchschnittlich in der Kategorie abstinent und straftatfrei sind Eigentumsdelinquente ohne Gewalt mit 41.2 % (n = 17) und insbesondere BtM-Täter mit nur 37.7 % (n = 61). Letzte Täterklasse schneidet besonders schlecht ab, da ihr Anteil in der Versagerkategorie – Konsum und Straftat mit strafrechtlicher Verfolgung – überdurchschnittlich hoch ist: 16.4 %. Ebenfalls über dem Durchschnitt von 10.7 % liegen gewalttätige Eigentumsdelinquente mit 11.1 %. Gewalttäter folgen in der Versagergruppe mit 8 %.



Anmerkung: 1 = Gewalt, 2 = Sexualdelikt, 3 = Eigentumsdelikt o. Gewalt, 4 = Eigentumsdelikt m. Gewalt, 5 = BtMG-Verstoß, 6 = Verkehr, 7 = Brandstiftung, 8 = sonst.

Abbildung 5.83: Erfolgseinschätzung der Interviewer kombiniert mit Delikttyp, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 136)

5.5.4.2 Proband

In allen vier Kategorien der persönlichen Veränderungseinschätzung überwiegen die positiven Eindrücke: Besonders deutlich bei Erkrankung, soziale Integration und Persönlichkeit, etwas schlechter bei beruflicher Stellung (vgl. Tab. 5.108).

Die erlebten Veränderungen bzgl. der Suchterkrankung sehen Alkoholiker und Drogenabhängige ähnlich, 71.1 % der Alkoholiker (n = 45) und 80.9 % der 68 Drogenabhängigen erleben Verbesserungen seit Therapieende: Chi-Quadrat-Test (2, n = 113) = 2.138, $p > .05$. Aufgrund geringer erwarteter Häufigkeiten in 33.3 % der Zellen kann zwar keine abgesicherte Aussage getroffen werden, dennoch sind Männer (79.6 %; n = 103) in der Tendenz zufriedener als Frauen (50 %; n = 10), was ihre Krankheitsentwicklung betrifft. Auch der Einfluss des Alters bei Aufnahme kann aus gleichem Grund nicht statistisch analysiert werden. Es wird trotzdem deutlich, dass mit zunehmendem Alter die Probanden eher positiv gestimmt sind: 75.3 % der 73 unter 35-Jährigen sehen Verbesserungen vs. 82.1 % der 39 ab 36-Jährigen. Die Deliktclassen sind wiederum ähnlich in ihrer Einschätzung (keine statistische Absicherung möglich): Gewalttätige Eigentumstäter (n = 7) sind mit 57.1 % am kritischsten, während 66.7 % der 15 gewalt-

losen Eigentümern, 72.7 % der 11 Verkehrsstraftäter, 81 % der 21 Gewalttäter und 82.4 % der 51 BtM-Täter mit ihrer Veränderung bzgl. der Suchterkrankung zufrieden sind. Der Familienstand (wieder ist keine statistische Absicherung möglich) zeigt sich in der Tendenz nur insoweit einflussreich als Alleinstehende (n = 22) oder Geschiedene (n = 15) etwas skeptischer sind: 63.6 % bzw. 60 % vs. 84 % der in Partnerschaft / Ehe Lebenden (n = 75) sehen Verbesserungen.

Tabelle 5.108: Veränderungseinschätzung in (gültigen) Prozent, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 137)

Veränderungsbereich	<i>verschlechtert</i>	<i>keine - Veränderung</i>	<i>verbessert</i>	Probanden
Suchterkrankung	8.8	14.2	77.0	113 (Missing: 21, n.z.: 1, verweigert: 2)
Beruf. Situation	28.8	28.8	42.3	111 (Missing: 23, n.z.: 1, verweigert: 2)
Soziale Integration	4.4	23.7	71.9	114 (Missing: 21, verweigert: 2)
Persönlichkeit	4.4	13.2	82.5	114 (Missing: 21, verweigert: 2)

Anmerkung: n.z. = nicht zutreffend

Nicht überraschend sind Rückfällige (n = 33) in der Tendenz weniger zufrieden als Nichtrückfällige: 60.6 % vs. 86.2 % der 29 Abstinenten-nach-Rückfall und 82.4 % der 51 Abstinenten. Da 55.6 % der Zellen eine zu geringe erwartete Häufigkeit haben, kann allerdings keine abgesicherte Aussage getroffen werden. Deutlicher, wenn auch wiederum nicht statistisch abzusichern, wird dies bei Probanden mit negativer Legalbewährung: nur 40 % der 15 Straffälligen sehen in der Suchterkrankung Verbesserungen vs. 83.5 % der Bewährten (n = 97).

Die Frage nach Veränderungen bezogen auf die berufliche Stellung beantworten Alkoholiker und Drogenabhängige, Rückfällige und Nichtrückfällige sowie in Partnerschaft Lebende und Alleinstehende nicht signifikant unterschiedlich ($p > .05$). Keine statistische Aussage aufgrund geringer Zellenbesetzung ist bzgl. Geschlecht, Alter bei

Aufnahme und Delikttyp möglich. Nur in der Tendenz scheinen Frauen wiederum unzufriedener. Auch die Variable Arbeitslosigkeit kann nicht abgesichert eingesetzt werden. Nicht überraschend wird trotzdem sichtbar, dass Arbeitende ($n = 56$) zufriedener sind als Arbeitslose ($n = 50$): 69.6 % vs. 16 %. 56 % der Arbeitslosen beklagen eine Verschlechterung seit der Therapie. Die Variable erneute Straffälligkeit ist ebenfalls nicht sicher einzusetzen, da 33.3 % der Zellen eine kleinere erwartete Häufigkeit als fünf haben. Aber in der Tendenz ist abzulesen, dass erneut Straffällige ($n = 15$) auch deutlich pessimistischer in ihrer Einschätzung des Berufslebens sind: 13.3 % sehen Verbesserungen vs. 47.4 % der 95 Nichtstraffälligen.

Die Auswertung der Einflussvariablen auf das dritte Themengebiet (soziale Integration, Partnerschaft) leidet unter den häufig zu geringen Zellenbesetzungen: Diagnose, Geschlecht, Alter, Delikttyp, Arbeitslosigkeit, Rückfall und erneute Straffälligkeit fallen in diesen Bereich, scheinen aber auch nicht nennenswerte Zusammenhänge mit der Einschätzung zu haben. Dagegen ist ein Wohnungswechsel interessant: 80 % der 45 Probanden mit einem Wohnungswechsel seit Entlassung sehen Verbesserungen, dagegen nur 68.7 % der 67 Probanden ohne eine derartige Veränderung. Auch wenn aufgrund geringer erwarteter Häufigkeit in 33.3 % der Zellen keine Absicherung erfolgen kann, weist dieses Ergebnis darauf hin, dass es diesen Probanden gelingt, Veränderungen im geeigneten Maße und zur subjektiven Zufriedenheit in die Wege zu leiten. Auch der Einfluss des Familienstandes zum Befragungszeitpunkt ist nicht statistisch untermauert (41.7 % der Zellen mit geringerer erwarteter Häufigkeit als fünf) und dennoch kann man erkennen, dass wiederum die beiden Gruppen mit Partner (26 Verheiratete und 50 in Partnerschaft Lebende) zufriedener mit ihrer sozialen Situation sind: 92.3 % bzw. 76 % vs. 51.4 % der 37 Probanden ohne Partner.

Zuletzt wird gefragt, ob die Probanden sich selbst verändert haben und in welche Richtung. Diagnose, Geschlecht, Alter, Delikttyp, Straffälligkeit nach Entlassung und Familienstand scheinen sich nicht auf die Beantwortung auszuwirken (die Zellenbesetzung ist erneut zu schwach für statistische Analysen). Nur die Variable Rückfälligkeit nach Entlassung zeigt in der Tendenz (beachte, dass 55.6 % der Zellen eine geringere erwartete Häufigkeit als fünf haben), dass Abstinente ($n = 51$) mit ihrer Persönlichkeitsveränderung zufriedener sind als Abstinente nach einem Rückfall ($n = 29$) bzw. Rückfällige ($n = 34$): 90.2 % vs. 86.2 % vs. 67.6 %.

5.5.5 Verlaufsprädiktoren

Zur Erfassung von Verlaufsprädiktoren werden die beiden Erfolgsmaße Abstinenz- und Legalverhalten dichotomisiert. Als „Abstinente“ werden alle Probanden, von denen katamnestische Angaben vorliegen, definiert, die abstinent oder abstinent nach Rückfall leben. Als „Rückfällige“ zählen alle dauerhaft oder sporadisch Rückfälligen (unregelmäßiger Konsum) sowie Substituierte und Verweigerer des Items Abstinenz. Während Probanden, von denen zumindest von dritter Seite (meist Bewährungshilfe) Informationen über das Konsumverhalten vorliegen, miteinbezogen werden, müssen die, von denen keine Informationen zu bekommen waren und dies nicht auf eine Verweigerungshaltung zurückzuführen ist, vernachlässigt werden.

Als „Straffällige“ werden tatsächlich Straffällige unabhängig von der juristischen Konsequenz sowie Verweigerer des Items Straffälligkeit definiert. Entsprechend sind „nicht Straffällige“ die Probanden mit positiver Legalbewährung. Auch hier wird in gleicher differenzierter Weise mit Probanden, von denen lediglich von Dritten oder keine Informationen erhalten wurden, umgegangen.

Das konservative Vorgehen in der Verweigererbehandlung scheint angezeigt, da man im forensischen Kontext durchaus annehmen kann, dass hinter der Verweigerungshaltung häufig die Angst vor dem Bekanntwerden eines tatsächlichen Fehlverhaltens (u. U. mit Befürchtung juristischer Konsequenzen) steckt. Allerdings sind zur Ermittlung von Prädiktoren entsprechende Angaben gerade zum Lebenskontext von Bedeutung, so dass die Probanden, die eine katamnestische Befragung komplett verweigern (z. B. bereits zu t1) und von denen auch von anderer Seite keine Informationen zu erhalten waren, aus dieser Analyse herausfallen müssen und nicht wie bei den Berechnungen der unteren Schätzgrenze als Verweigerer definiert einbezogen werden können. Dieses unterschiedliche Vorgehen erklärt die leicht divergierenden Ergebnisse der Legalbewährung bzw. des Abstinenzverhaltens.

5.5.5.1 Legalbewährung

Die Legalbewährung steht besonders im Blick der Öffentlichkeit als relevante Messgröße der Effektivität des Maßregelvollzugs (Seifert, 2007). Im Folgenden wird nun versucht, relevante Faktoren zu filtern, die mit einer positiven Legalbewährung, also Straftatfreiheit im mindestens einjährigen Beobachtungszeitraum, im Zusammenhang stehen. Zunächst werden die beiden, vielen Analysen zugrundeliegenden Variablen Diagnose- und Index-Deliktgruppe untersucht, anschließend werden die Items aus Anamnese und

Therapie, die sich als signifikante Einflussgrößen für einen positiven Therapieabschluss erwiesen haben, auf ihren Prädiktorgehalt für die Legalbewährung analysiert. Auch andere potentiell interessante Variablen werden untersucht. Den Abschluss bilden Kontextvariablenanalysen.

(1) Anamnestische und therapeutische Prädiktoren: Katamneseestichprobe

Es können Daten von 134 Probanden ausgewertet werden, bei vier liegen keinerlei verwertbare Informationen vor. Als nicht straffällig werden 106 Probanden (79.1 %) bewertet bzw. definiert, als straffällig 28 (20.9 %).

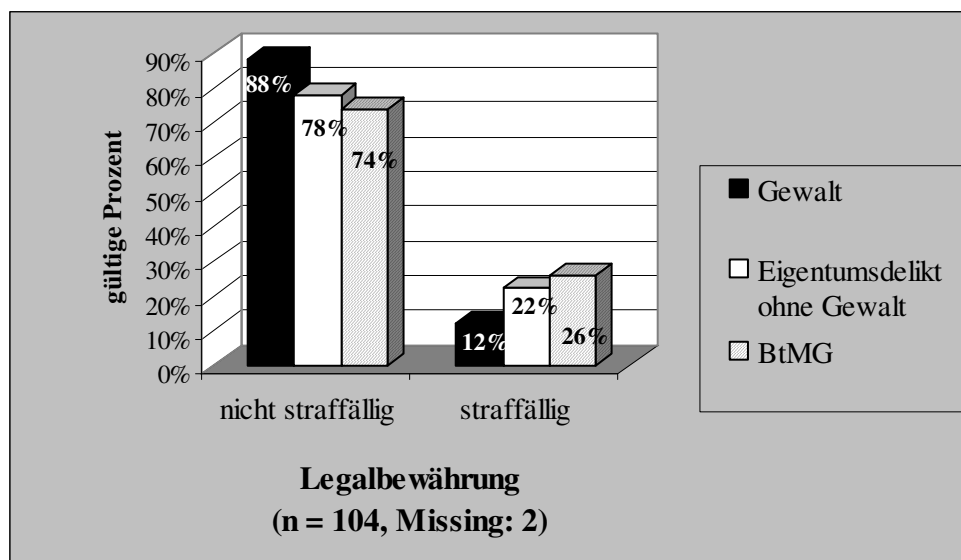


Abbildung 5.84: Legalbewährung kombiniert mit Index-Deliktklasse, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 106)

In der Index-Deliktklassenanalyse zeigt sich die Schwierigkeit unterschiedlich stark besetzter Zellen, so dass nur die ausreichend großen Klassen analysiert werden: BtM-Taten (n = 61), Gewalt (n = 25) und gewaltlose Eigentumsstraftaten (n = 18). Die Unterschiede sind nicht signifikant: Chi-Quadrat-Test (2, n = 104) = 2.085, $p > .05$. Und dennoch bestätigt sich der Eindruck aus den vorhergehenden Analysen, dass sich insbesondere BtM-Täter mit einer erfolgreichen Legalbewährung schwer tun (vgl. Abb. 5.84). Auch der tendenzielle, aber nicht signifikante Unterschied ($p > .05$) zwischen den Diagnosegruppen, Alkoholiker sind besser als Drogenabhängige, zeigt sich in dieser Analyse wieder.

Zwischen der diagnostischen Zuordnung und der Index-Deliktklasse sind Zusammenhänge wahrscheinlich: Der Unterbringung im MRV liegt bei 60.2 % der 457 Drogenabhängigen ein BtMG-Verstoß zu Grunde, bei Alkoholikern dagegen sind es v. a. Gewalttaten, die zur Einweisung führen (39.8 % der 201 Alkoholkranken). Diese sind aufgrund zu kleiner Zellenbesetzung zwar statistisch nicht zu überprüfen, dennoch muss beachtet werden, dass es in dieser Analyse Interdependenzen geben kann.

Zunächst sollen die 18 Prädiktoren für einen bedingten Therapieabschluss auf ihren Einflussgehalt bzgl. eines positiven Bewährungsverlaufes untersucht werden. Das Herkunftsland scheint ohne Bedeutung: Aus den ehem. GUS-Staaten kommen 13.2 % der Nicht-Straffälligen und 14.8 % der Straffälligen. Die Variable hat aber auch statistisch relevante Unregelmäßigkeiten (zu häufig geringe erwartete Häufigkeiten). Auch der Elternschaft kommt kein Einfluss zu, allerdings sind die Zellen zu schwach besetzt. Das gleiche statistische Problem hat die Variable Höhe der Freiheitsstrafe, die allerdings auch in der Tendenz ohne Zusammenhang mit der Legalbewährung zu sein scheint. In gleicher Weise fallen die potentiellen Einflussvariablen BZR-Auszug, IQ, Schulbildung, Alter bei Erstmanifestation, vorzeitiger Therapieabbruch in der Vorgeschichte, Entweichungen in der Therapie und erneute Straftaten während der MRV-Unterbringung weg.

Die folgenden Variablen haben keinen signifikanten Einfluss ($p > .05$): Familienstand bei Therapieabschluss – 78 % der 77 mit einem (Ehe-) Partner Lebenden sind unauffällig und 81.8 % der 55 ohne Partner, die Kontakthäufigkeit zur Familie, aber auch zu Freunden während der Therapie, Vereinsmitgliedschaft bei Therapieende und stationäre Vorbehandlung vor der MRV-Behandlung. Interessanterweise spielen im poststationären Rahmen Behandlungsprobleme keine Rolle mehr: Über 4/5 der Probanden, die in der Therapie z. T. massive Probleme hatten ($n = 38$), leben straftatfrei.

Zwar kann die statistische Absicherung aufgrund zu geringer erwarteter Häufigkeiten in einigen Zellen nicht erfolgen, dennoch scheint im Gegensatz zur nichtforensischen Therapie eine MRV-Vorbehandlung durchaus von Relevanz (vgl. Abb. 5.85). Je mehr therapeutische Vorversuche erlebt wurden, desto schwieriger wird es, erfolgreich zu sein. Allerdings sind die Untergruppen sehr unterschiedlich stark besetzt: Keine Behandlung haben 115, eine 17 und nur ein Proband ist mehrfach in Behandlung gewesen.

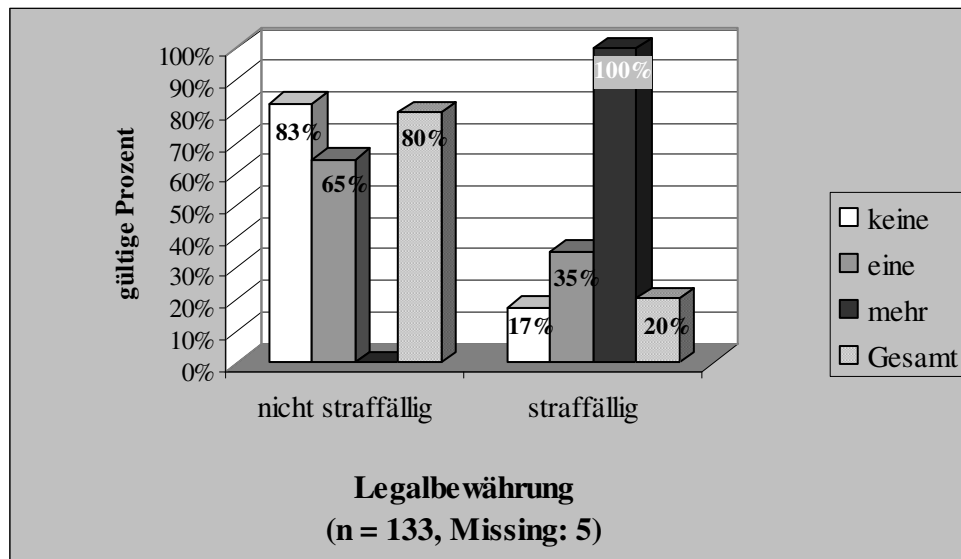


Abbildung 5.85: Legalbewährung kombiniert mit MRV-Behandlung in der Vorgeschichte, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 138)

Auch die Variable Substanzmissbrauch während der Therapie fällt in diese Kategorie: Ohne Rückfall sind 60.4 % der Nicht-Straffälligen (n = 106), 15.1 % haben einen, 7.5 % zwei, 16 % drei bis sechs und 0.9 % mehr als sechs. Die Straffälligen (n = 27) dagegen haben zwei Spitzen: 33.3 % sind rückfallfrei, 37 % aber haben drei bis sechs Rückfälle.

Es werden nun weitere Items untersucht, die sich in der ersten Analyse zum Therapieerfolg (t1) als nicht relevant herausgestellt haben. Im Folgenden werden zunächst die Items aufgelistet, die aufgrund geringer Zellenbesetzung (über 20 % der Zellen mit erwarteter Häufigkeit kleiner fünf) statistisch nicht sinnvoll auswertbar sind, aber auch tendenziell keinen Einfluss zu haben scheinen: Geschlecht, Therapiedauer, Alter bei Aufnahme, Abstinenzphasen in Vorgeschichte, Alter bei erster Straftat, Hafterfahrung (Dauer), Berufsausbildung, Arbeitssituation vor Inhaftierung / Einweisung, Arbeitssituation bei Entlassung, Wohnsituation bei Entlassung, gesicherte finanzielle Situation bei Entlassung, Einkommen bei Entlassung, Tätlichkeiten in der Therapie, Einschätzung des Behandlungsergebnisses zu Sozialverhalten und Krankheit / Störung (außer Sucht).

Dagegen ist – zu beachten bleibt, dass die erwartete Häufigkeit in 33.3 % der Zellen kleiner fünf ist – die Einschätzung der Therapeuten zum Behandlungsergebnis „Suchterkrankung gebessert“ durchaus relevant (vgl. Abb. 5.86). Die Probanden (n = 102), denen die Therapeuten eine deutliche Verbesserung der Suchtproblematik zusprechen, erweisen sich auch eher als stabil bzgl. der Straftatenfreiheit als die Probanden mit mäßigem (n = 26) oder keinem Erfolg (n = 1).

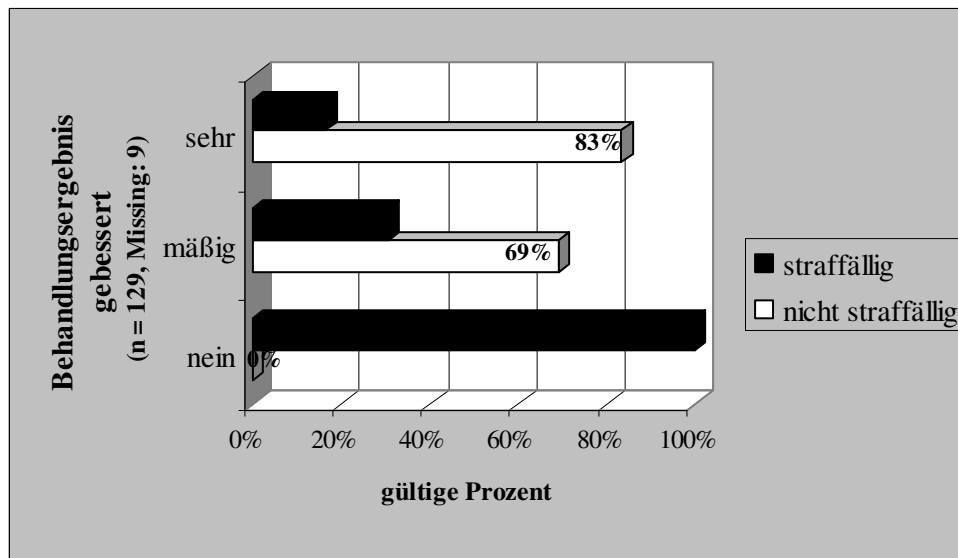


Abbildung 5.86: Einschätzung des Behandlungsergebnisses („Suchterkrankung“) zu t1, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 138)

Als nicht signifikant ($p > .05$) stellen sich die potentiellen Einflussgrößen Zeit in JVA vor Therapiebeginn, Bewährungshelfer bereits in Entlassphase bekannt, Schulden bei Entlassung und Freizeitverhalten heraus.

Die Therapiebenotung bei Entlassung ist zwar nicht im statistischen Sinne relevant, zeigt aber, dass 57 % der 100 Straftatfreien und nur 42.9 % der 21 Straffälligen eine sehr gut oder gut vergeben. Letztere vergeben zu 52.4 % die Note drei.

(2) Anamnestische und therapeutische Prädiktoren: Alkoholiker-SP

Um eventuelle Störeinflüsse zu minimieren, werden die Untersuchungsgruppen nochmals nach Diagnosetyp unterteilt. Dieses Vorgehen bietet sich an, da das forensische Klientel eine sehr heterogene Gruppe ist.

In der Alkoholiker-Katamnese Stichprobe (n = 54) werden keine relevanten Einflussgrößen der Variablen Herkunftsland, Familienstand bei Entlassung, Elternschaft, Kontakthäufigkeit Familie oder Freunde, Vereinsmitgliedschaft, Delikttyp, Höhe der Freiheitsstrafe, BZR-Auszug, IQ, Schulbildung, Alter bei Erstmanifestation, stationäre Vorbehandlung, vorzeitiger Therapieabbruch in der Vorgeschichte, Entweichungen, Straftaten während der Therapie, Behandlungsprobleme sichtbar, allerdings sind die Zellenbesetzungen meist sehr gering.

Die Variable Vorbehandlung im MRV ist zwar wiederum nur mit Vorsicht zu interpretieren, da in vier Zellen die erwartete Häufigkeit kleiner fünf ist; es zeichnet sich

aber ab, dass eine derartige Vorerfahrung nicht günstig für einen positiven Verlauf ist: Während 89.4 % der 47 Probanden ohne vorherige MRV-Therapie sich bewähren können, gelingt dies nur 66 % der sechs vorbehandelten Probanden.

Ähnlich ist es mit der Variablen Substanzmissbrauch (vgl. Abb. 5.87). Hier sind zwei Zellen mit zu geringer erwarteter Häufigkeit. 94.1 % der 34 rückfallfreien Probanden werden im Beobachtungszeitraum nicht straffällig. Dagegen werden 26.3 % der 19 in der Therapie Suchtmittelrückfälligen im Bewährungszeitraum straffällig.

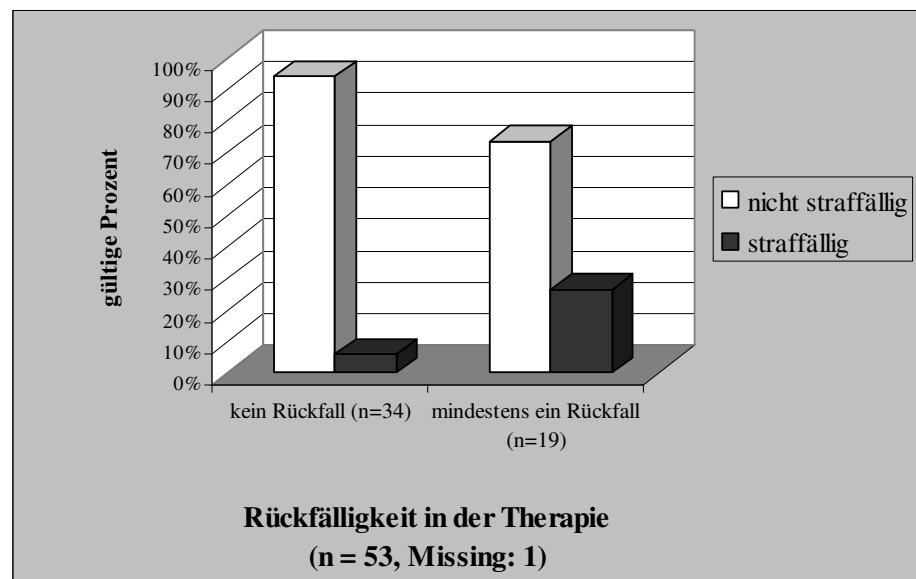


Abbildung 5.87: Legalbewährung Alkoholiker kombiniert mit Rückfälligkeit in der Therapie, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 54)

Die für einen erfolgreichen Therapieabschluss nicht signifikanten Items können in dieser Analyse hinsichtlich ihrer Prädiktorqualität nicht ausgewertet werden, da die Zellen zu gering besetzt sind.

Die Therapiebewertung ist sehr problematisch in der Interpretation, da nur sehr wenige Angaben vorliegen. Von 43 Nicht-Strafttätern sind 58.1 % sehr gut bzw. gut zufrieden; immerhin zwei Probanden der insgesamt dazu Angaben machenden drei Straftätern vergeben die Note zwei.

(3) Anamnestic und therapeutische Prädiktoren: Drogenabhängigen-SP

Die Stichprobe der Drogenabhängigen ist zwar mit 82 Probanden größer, dennoch fallen auch hier einige Items heraus, da die Zellen zu gering besetzt sind. Bei diesen Variablen scheint aber auch kein potentieller Einfluss auf die Legalbewährung vorzuliegen:

Herkunftsland, Familienstand, Kontakte zur Familie in der Therapie, Vereinsmitgliedschaft, Höhe der Freiheitsstrafe, BZR-Auszug, IQ, Schulbildung, Alter bei Erstmanifestation, allgemein stationäre oder MRV-Vorbehandlung, Entweichungen und Behandlungsprobleme.

Elternschaft dagegen – die Anzahl der Zellen mit zu geringer erwarteter Häufigkeit ist allerdings mit 50 % für eine solide statistische Aussage zu hoch – scheint relevant: Während nur 60.5 % der Probanden ohne Kinder ($n = 43$) straftatfrei bleiben, schaffen dies mindestens 88.9 % der Probanden mit Kindern ($n = 37$).

Keinen signifikanten Zusammenhang ($p > .05$) mit der Legalbewährung haben Freundeskontakte während der Therapie, vorzeitige Therapieabbrüche in der Vorgeschichte und Substanzrückfälle während der Therapie.

Die weiteren für den Therapieabschluss nicht signifikanten Items müssen in der vorliegenden Analyse ebenso wie in der Alkoholikerstichprobe aufgrund zu geringer erwarteter Häufigkeiten vernachlässigt werden.

Ausnahme bilden drei Variablen, die allerdings keinen signifikanten Einfluss haben ($p > .05$): Es scheint nicht von großer Bedeutung, ob bereits zu Therapieende der zuständige Bewährungshelfer bekannt ist; auch ein passives oder aktives Freizeitverhalten stellt sich als nicht signifikant in seinem Einfluss auf die Straffälligkeit heraus und schließlich ist die Einschätzung des Behandlungsergebnisses zum Sozialverhalten ebenfalls nicht im signifikanten Maße relevant.

Die Therapiebenotung fällt nur leicht unterschiedlich aus: 56.2 % der 57 Straftatfreien sind sehr gut oder gut zufrieden vs. 38.9 % der 18 Straftäter. Letztere geben sehr häufig nur eine befriedigende Bewertung (55.6 %).

(4) Lebenskontext-Prädiktoren: Katamnesestichprobe

Die Arbeitssituation scheint nicht relevant; 82.8 % der 58 Arbeitslosen sind straftatfrei, ebenso 85.2 % der Probanden mit einer Arbeitstelle (unabhängig von ihren Qualitäts-Ansprüchen). Allerdings haben zu viele Zellen (über 20 %) eine kleinere erwartete Häufigkeit als fünf. Knapp verfehlt das Item „Finanzielle Situation gesichert“ die Signifikanzgrenze ($p = .051$), es sind aber 25 % der Zellen mit einer kleineren Häufigkeit als fünf belegt. Während 31.3 % der 16 Probanden ohne gesicherte finanzielle Ausstattung straffällig werden, schaffen es 87.5 % der 104 ausreichend ausgestatteten Probanden, sich positiv zu bewähren. Dagegen ist die Einkommensform ohne Belang (beachte auch bei den folgenden Items die geringe Zellenbesetzung). Der Familienstand bzw. eine

Familienstandsänderung im Katamnesezeitraum ist ohne Einfluss. Ebenso ist das Kontaktverhalten zur Familie oder eine Vereinszugehörigkeit nicht wesentlich für einen Erfolg.

Es scheint statistisch nicht relevant (beachte die geringe erwartete Häufigkeit in 33.3 % der Zellen), ob ein Proband die auferlegte Nachsorge wahrnimmt oder nicht. Probanden mit regelmäßiger Teilnahme werden zu 14.6 % straffällig ($n = 82$), während Probanden mit unregelmäßig stattfindenden Gesprächen ($n = 18$) zu 27.8 % eine negative Bewährung haben. Interessanterweise schneiden die Probanden ohne Nachsorgegespräche ($n = 12$) am besten ab: Nur ein Proband wird straffällig. Es lässt sich vermuten, dass es sich in der letzten Gruppe um Probanden handelt, bei denen aufgrund einer (angenommenen) Stabilität, keine Nachsorgetermine notwendig erscheinen und diese daher in Übereinstimmung von Nachsorgetherapeut und Bewährungshilfe ausgesetzt werden. Die Wahl der Institution der Nachsorge hat kaum Relevanz. Auch ist es nicht weiter von Bedeutung, ob ein Proband weitere ambulante Hilfen (Suchtberatungsstelle, SPDI) in Anspruch nimmt bzw. wie er die erlebte Nachsorge bewertet.

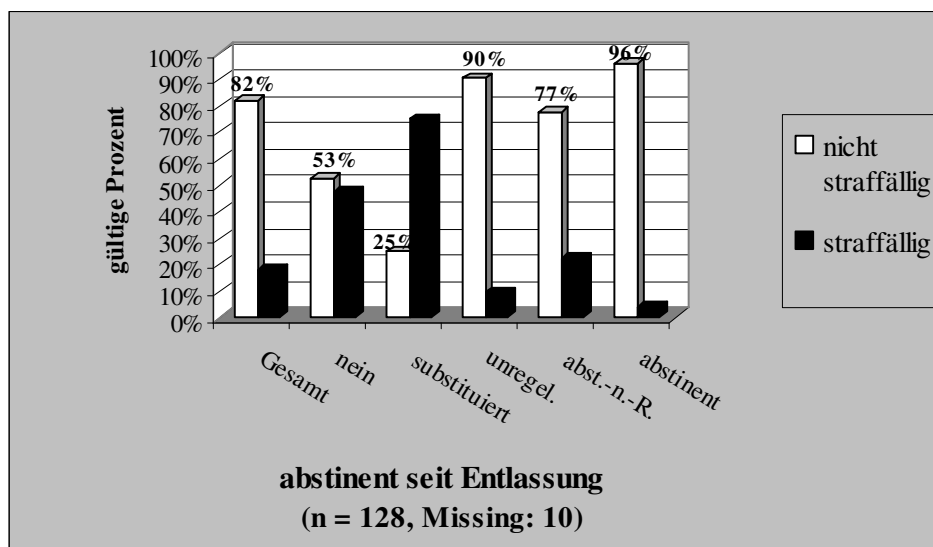
Interessant ist die Wohnsituation, auch wenn aufgrund zu geringer Zellenbesetzung nicht statistisch abzusichern: Probanden, die selbständig (alleine, in einer WG oder mit der Familie) leben ($n = 116$), werden etwas eher straffällig (zu etwa 15 %) als die wenigen betreuten Probanden, die alle nicht mehr derart auffallen ($n = 5$). Auch die Schuldensituation scheint einen gewissen Einfluss zu haben. Schuldenfreie sind eher straffatfrei: 72.4 % ($n = 29$) vs. 88.9 % ($n = 90$ Probanden mit Schulden).

Auch wenn 25 % der Zellen eine kleinere erwartete Häufigkeit als fünf haben, kann man aber ablesen, dass eine erneute stationäre Behandlung sehr häufig mit einer negativen Legalbewährung in Zusammenhang steht: 56.3 % der 16 erneut Behandelten sind straffällig geworden (vs. 9.5 % der 105 Nichtbehandelten). Ähnlich ist es bei ambulanten Behandlungen (außerhalb der richterlich ausgesprochenen Nachsorge): 88 % der 100 Probanden ohne derartige Therapie bleiben straffatfrei; 30 % der 20 Behandelten dagegen sind auch straffällig geworden.

Ohne Belang für eine positive Legalbewährung sind Wohnungswechsel, Kontaktfrequenz zu Freunden, ein aktives oder passives Freizeitverhalten ($p > .05$).

Durchaus einen signifikanten Einfluss dagegen hat das Abstinenzverhalten nach Entlassung: Die Rückfallquote bei den 84 Abstinenter bzw. Abstinenter-nach-Rückfall liegt nur bei 10.7 %: Chi-Quadrat-Test (1, $n = 131$) = 9.164, $p < .01$. Aber auch 66 % der 47 Rückfälligen schaffen es, straffatfrei zu bleiben.

Abbildung 5.88 zeigt die Größenverhältnisse in den fünf Unterklassen. Besonders auffällig ist die überdurchschnittlich hohe Straffälligenquote bei den Probanden mit Dauerkonsum (47.4 %; $n = 19$), aber insbesondere in der Substituiertengruppe, die allerdings nur aus vier Probanden besteht (75 %). Interessantweise sind die Probanden, die nach einem Rückfall wieder für lange Zeit abstinent leben können ($n = 31$), gefährdet, auch straffällig zu werden (22.6 %). Dagegen schaffen es die Probanden mit einem unregelmäßigen Konsum ($n = 21$) deutlich besser, straftatfrei zu bleiben (Legalbewährung bei 90.5 %).



Anmerkung: unregel. = unregelmäßiger Konsum, abst.-n.-R. = abstinent nach Rückfall.

Abbildung 5.88: Legalverhalten kombiniert mit Abstinenzverhalten, § 64 StGB-Katamnesepatienten ($n = 138$)

Es scheint nicht von Bedeutung, wann der erste Rückfall stattfindet oder wie häufig der Proband konsumiert, allerdings sind die Untergruppen für eine genaue Analyse zu schwach besetzt. Nur in der Tendenz ist erkennbar, dass das zweite Halbjahr etwas kritischer ist. Tendenziell sind häufige Rückfälle eher mit Straffälligkeit assoziiert: Immerhin 92.3 % der 13 einmalig Rückfälligen in der Lage, straftatfrei zu bleiben, während dies nur noch 70 % der 10 Probanden mit mehr als sechs Rückfällen oder 58.8 % der 17 Dauerrückfälligen möglich ist.

Relevant, wenn auch die Signifikanzgrenze knapp überschritten wird ($p = .056$), ist das präferierte Suchtmittel: 87.9 % der 33 mit Alkohol Rückfälligen bleiben straftatfrei; dies gelingt nur 62.1 % der 29 Drogenkonsumierenden und 66.7 % der mit multiplen

Konsummuster. Keinen signifikanten Einfluss hat die Suchtmittelrückfallsituation: Chi-Quadrat-Test (1, $n = 61$) = .027, $p > .05$.

Abschließend werden die Veränderungsmaße der subjektiven Einschätzungen zur Lebenszufriedenheit analysiert. Die Probanden, die nicht straffällig werden, geben eher eine Verbesserung ihrer Suchtproblematik seit Entlassung an (83.5 % der 97 Betroffenen vs. 37.5 % der 16 Nichtstraffälligen); eine statistische Analyse muss entfallen, da 33.3 % der Zellen eine kleinere erwartete Häufigkeit als fünf hat. Von 10 Probanden, deren Suchterkrankung sich – in ihrer subjektiven Einschätzung – verschlechtert hat, sind 70 % straffällig. Die 16 Probanden, die keine Veränderung feststellen, haben zu 18.8 % eine negative Legalbewährung. Die Zufriedenen ($n = 87$) schließlich versagen nur zu 6.9 % bzgl. der Delinquenz (vgl. Abb. 5.89).

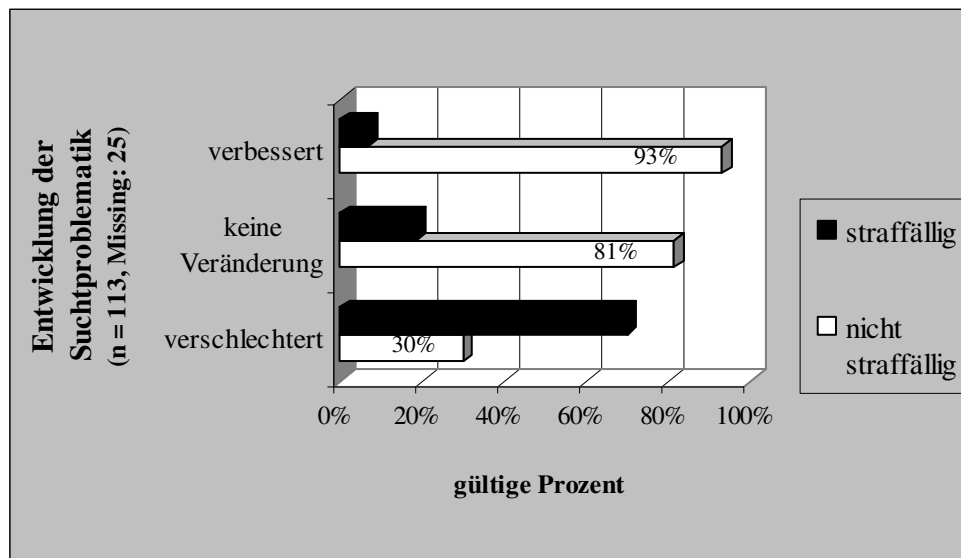


Abbildung 5.89: Einschätzung der Veränderungen seit Entlassung bzgl. der Suchterkrankung, § 64 StGB-Katamnesepatienten ($n = 138$)

Die Unterschiede in den Veränderungseinschätzungen zur beruflichen Situation können zwar ebenfalls nicht statistisch ausgewertet werden, dennoch scheint sich wiederum zu zeigen, dass Nicht-Straffällige ($n = 95$) eher eine Verbesserung (47.4 %) sehen als Straffällige ($n = 16$; 12.5 %). Allerdings unterscheiden sich die Quoten in den Klassen „keine Veränderung“ bzw. „Verschlechterung“ nicht: Je 25 Probanden der Legalbewährten sehen eine Verschlechterung oder keine Veränderung. Ebenso verhält es sich bei den Straffälligen: Je sieben Probanden haben sich verschlechtert oder die berufliche Situation hat sich seit Entlassung nicht verändert.

Die Einschätzungen zur sozialen Integration zeigen ebenfalls nur tendenziell, dass Nicht-Straffällige ($n = 98$) mehr positive Veränderungen unterstellen als Straffällige ($n = 16$): 74.5 % vs. 56.3 %. Letztere müssen häufiger eine Verschlechterung akzeptieren: 12.5 % vs. 3.1 % bei den Legalbewährten. Dennoch kann man nicht davon ausgehen, dass Straffälligkeit immer mit sozialer Isolation einhergeht; zumindest nicht, wenn man die subjektive Haltung der Probanden dazu in den Fokus stellt.

Ebenso muss eine erneute Straffälligkeit nicht heißen, dass der Proband selbst keine positiven Persönlichkeitsveränderungen seit Therapieende erkennen kann: 62.5 % der Straffälligen ($n = 16$) erleben eine positive Entwicklung, nur 12.5 % meinen, sich eher zum Negativen verändert zu haben. Bei den Legalbewährten ($n = 98$) fällt die Zufriedenquote natürlich höher aus: 85.7 %; immerhin 11.2 % sehen keine Veränderung und 3.1 % hätten sich zum Nachteil entwickelt.

Keinerlei Unterschiede kann das Item Therapiebenotung aufdecken: In beiden Subgruppen geben über 50 % die Note eins bzw. zwei.

(5) Lebenskontext-Prädiktoren: Alkoholiker-SP

Die Alkoholikerstichprobe ist bei einzelnen Variablen sehr klein, so dass häufig aufgrund einer zu hohen Anzahl von Zellen (über 20 %) mit kleineren erwarteten Häufigkeiten als fünf keine statistisch abgesicherte Aussage getroffen werden kann. In der Tendenz kann man zumindest erkennen, dass Arbeitsplatz- oder auch Wohnungswechsel keinen Einfluss zu haben scheinen. Eine Änderung des Familienstandes ist ebenso wenig wie der Familienstand selbst von Bedeutung. Auch die Kontakthäufigkeit zur Familie oder zu Freunden sind nicht von großem Einfluss. In gleicher Weise sind Vereinsmitgliedschaften und die Art des Freizeitverhaltens eher zu vernachlässigen. Ambulante Behandlungen außerhalb der Nachsorge sind nicht relevant. Ebenso irrelevant scheinen die Gesprächsfrequenzen der gerichtlich auferlegten Nachsorge oder weitere Kontakte zu ambulanten Diensten zu sein. Andere Items sind für Interpretationen zu schwach besetzt (über 50 % der Zellen mit kleinerer erwarteter Häufigkeit als fünf).

Die Wohnsituation, wiederum ist keine statistische Analyse aufgrund zu geringer erwarteter Häufigkeiten möglich, scheint interessant, da Probanden in betreuter Wohnform gänzlich straftatfrei leben; aber auch Probanden, die mit der Familie wohnen, haben gute Bewährungschancen (25 von 26 Probanden sind straftatfrei). Dagegen sind selbständig lebende Probanden etwas gefährdeter (drei von 18 Probanden werden straffällig). Auch die Suchtmittelrückfälligkeit kann nicht statistisch abgesichert als Ein-

flussvariable identifiziert werden. Dennoch zeigt sich, dass 94.3 % der 35 Abstinenten (bzw. Abstinenten-nach-Rückfall) straftatfrei leben, während dies nur 76.5 % der 17 Rückfälligen gelingt. Differenziert man genauer, dann sind alle 23 dauerhaft Abstinenten ohne Straftat, ebenso gelingt dies allen neun unregelmäßig Konsumierenden. Deutlich schlechter sind dagegen Dauerkonsumierer, die nur zu 50 % ($n = 6$) ohne Straftat bleiben. Eine Konsummusterveränderung, als Einschätzung des Ausmaßes des Konsums geeignet, ist nur in der Tendenz von Belang: 72.7 % der 11 Probanden, die wie vor der Therapie konsumieren (in Qualität und Quantität), werden nicht straffällig; dagegen 91.7 % der 12 Probanden, bei denen von einer Verengung gesprochen werden kann.

Die subjektiven Veränderungsmaße können in dieser Subgruppe nicht analysiert werden, da die Zellen zu schwach besetzt sind, um sinnvolle Interpretationen anstellen zu können.

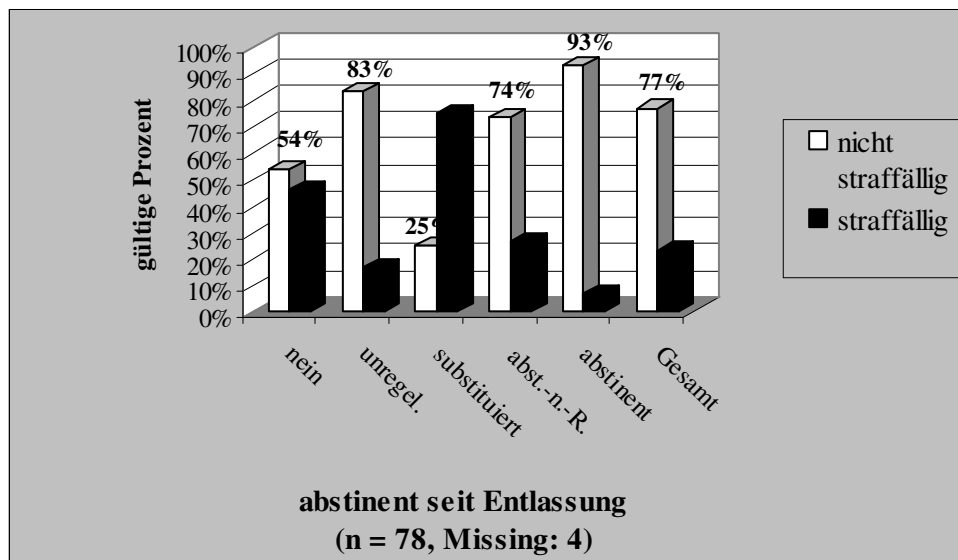
(6) Lebenskontext-Prädiktoren: Drogenabhängigen-SP

Keinen signifikanten Einfluss auf die Legalbewährung haben Arbeitsplatz- und Wohnwechsel sowie das Freizeitverhalten ($p > .05$).

Auch wenn die Untergruppen wieder sehr schwach besetzt sind (d. h., über 20 % der Zellen haben eine geringere erwartete Häufigkeit als fünf), lohnt sich ein Blick auf die folgenden potentiellen Einfluss-Variablen. Das Erleben von Arbeitslosigkeit scheint kaum Auswirkungen zu haben. Nur tendenziell zeigt sich, dass Probanden mit einer gesicherten finanziellen Situation etwas bessere Chancen haben. Auch Schulden sind kaum von Belang. Eine Familienstandsänderung ist wie auch der Familienstand selbst wahrscheinlich irrelevant. Kontakte zur Familie oder auch zu Freunden haben keine Bedeutung für die Legalbewährung. Eine Vereinsmitgliedschaft kann ebenso nicht vor einer erneuten Straffälligkeit schützen. Eine Konsummusterveränderung hat keinen starken Einfluss, wenn auch Probanden mit geringerer Konsumintensität als vor der Therapie etwas besser abschneiden (Legalbewährung bei 68 %; $n = 25$ vs. 54.5 % bei 11 Probanden mit ausgeweitetem oder gleichen Konsummuster). Ebenso nicht statistisch abzusichern ist der Eindruck, dass eine erneute stationäre Behandlung im Zusammenhang mit einer negativen Legalbewährung steht: 53.8 % der 13 Neubehandelten vs. 13.3 % der 60 ohne stationäre Wiederaufnahme sind negativ aufgefallen. In gleicher Weise ist das Ergebnis zur ambulanten Behandlung nur vorsichtig zu interpretieren: Hier werden 35.7 % der 14 Probanden mit ambulanter Therapie und nur 14 % der 57

ohne Behandlung straffällig. Die Frequenz der richterlich ausgesprochenen Nachsorgebehandlung ist dagegen nicht von Bedeutung. Auch die subjektive Bewertung der Nachsorge scheint nicht relevant.

Im Gegensatz zu diesen bzgl. der Einschätzung der Legalbewährung eher zu vernachlässigenden Variablen ist der Zusammenhang von Suchtmittelrückfälligkeit und Straftat signifikant: Chi-Quadrat-Test (1, n = 79) = 5.402, $p < .01$. Während 85.7 % der 49 Abstinente (bzw. nach einem Rückfall wieder abstinent Lebenden) eine positive Legalbewährung aufweisen, gelingt dies nur 60 % der 30 Rückfälligen. Abbildung 5.90 zeigt die Verteilung bei einer differenzierten Klassifizierung.



Anmerkung: unregel. = unregelmäßiger Konsum, abst.-n.-R. = abstinent nach Rückfall.

Abbildung 5.90: Legalverhalten kombiniert mit Abstinenzverhalten von Drogenabhängigen, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 82)

Überdurchschnittlich hoch ist die Legalbewährungsversager-Quote bei Dauerkonsumierern (46.2 %; n = 13) und v. a. Substituierten (75 %; n = 4). Gut schneiden dagegen Abstinente (Legalbewährung bei 93.3 %; n = 30) und erstaunlicherweise auch sporadisch Konsumierende (83.3 %; n = 12) ab. Eine Sondergruppe stellen Abstinente-nach-Rückfall (n = 19) dar; ihre Legalbewährungsquote ist unterdurchschnittlich: 73.7 %. Fünf Probanden dieser Subklasse werden wieder straffällig. Auch wenn keine statistische Absicherung vorgenommen werden kann, scheint die Wahl des Suchtmittels einen zumindest tendenziellen Einfluss zu haben: Alle ehemaligen Drogenabhängigen, die nun mit Alkohol rückfällig werden, werden nicht straffällig (n = 10). Dagegen sind 66.7 %

der Probanden mit multiplem Konsum ($n = 9$) und sogar nur 59.3 % der 27 weiterhin Drogen Präferierenden dazu in der Lage.

Alle anderen potentiellen Einflussvariablen können aufgrund der deutlichen Verletzung statistischer Grundannahmen nicht sinnvoll interpretiert werden.

Die subjektiven Einschätzungen zu Veränderungen seit Therapieende können meist nicht ausgewertet werden, da in zu vielen Zellen die erwarteten Häufigkeiten kleiner fünf sind. Einzig die Frage nach der Veränderung der Suchtproblematik gibt Aufschlüsse: Während die Nicht-Straffälligen ($n = 57$) zu 89.5 % eine Verbesserung erkennen, bilden die Straffälligen ($n = 11$) zwei Gruppen: 45.5 % erleben eher eine Verschlechterung, aber immerhin 36.4 % können eine Verbesserung feststellen. Auch wenn gerade die letzte Subgruppe schwach besetzt ist, kann man dennoch den Eindruck festhalten, dass erneute Straffälligkeit zumindest subjektiv nicht immer mit einer Zuspitzung der Suchterkrankung einhergeht.

5.5.5.2 Abstinenzverhalten

Das Abstinenzverhalten als zweiter Erfolgsmesser wird dichotomisiert in „Abstinente bzw. Abstinente-nach-Rückfall“ ($n = 84$) und „Rückfällige“ ($n = 49$). Von fünf Probanden liegen keine Informationen dazu vor. Item-Verweigerer, Substituierte, mäßig Konsumierende und dauerhaft Rückfällige werden in der Rückfälligengruppe zusammengefasst.

(1) Anamnestische und therapeutische Prädiktoren: Katamnesestichprobe

Wieder werden zunächst die Items auf ihre Prädiktoreigenschaft untersucht, die sich als signifikant für einen erfolgreichen Therapieabschluss erwiesen haben. Anschließend werden weitere potentiell relevante Items aus Anamnese und Therapie analysiert.

Der Index-Delikttyp kann kaum etwas zur Klärung beitragen, da die Subklassen für eine sinnvolle Analyse zu schwach besetzt sind. Aber auch tendenziell sind die Unterschiede in den Deliktklassen gering: Betrachtet man nur die drei größten Gruppen, dann schneiden gewaltlose Eigentumstäter ($n = 18$) mit einer Abstinentenquote von 50 % am schlechtesten ab, gefolgt von BtM-Tätern ($n = 61$) mit 59 %. Am besten kommen Gewalttäter ($n = 25$) zurecht: 68 % leben unauffällig.

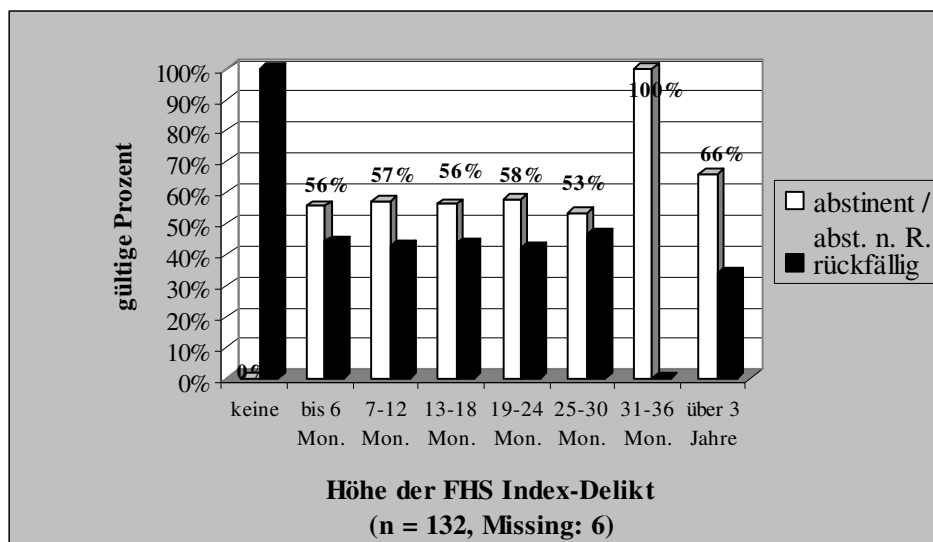
Die Zugehörigkeit zu einer Diagnosegruppe hat keinen starken Einfluss. Die Rückfälligenquote liegt zwar bei Drogenabhängigen etwas höher (39.5 %; $n = 81$ vs. 32.7 %;

n= 52), dieser Unterschied ist aber nicht signifikant: Chi-Quadrat-Test (1, n = 133) = .373, $p > .05$.

Folgende Items sind zu schwach für eine Analyse besetzt, scheinen aber auch tendenziell nicht relevant: Herkunftsland, Elternschaft, BZR-Auszug, IQ, Schulbildung, Alter bei Erstmanifestation, Unterbringung im MRV vor der aktuellen Therapie, Entweichungen und erneute Straftaten in der MRV-Therapie.

Keinen signifikanten Einfluss ($p > .05$) hat der Familienstand, auch wenn Probanden mit einem Partner etwas bessere Chancen zu haben scheinen: 65.4 % der 78 in Partnerschaft Lebenden sind rückfallfrei vs. 60.4 % der 53 ohne Partner. Auch der Familienkontakt während der Therapie wirkt sich später nicht positiv aus. Ebenso scheint es nicht von Bedeutung, ob der Patient Freundeskontakte pflegt, im Gegenteil zeigt sich zumindest tendenziell, dass ein häufiger Kontakt in der Therapie zu (meist aus der prästationären bzw. stationären Zeit stammenden) Freunden wohl eher kritisch ist (56.4 % der 39 aktiven Probanden werden nicht rückfällig vs. 73.3 % der 15 Probanden ohne derartige Verbindungen). Auch eine Vereinsmitgliedschaft schützt nicht.

Die Höhe der Freiheitsstrafe beim Index-Delikt hat zwar keinen signifikanten Einfluss, es scheint aber dennoch einen protektiven Faktor „längere Haftstrafe“ zu geben (vgl. Abb. 5.91).

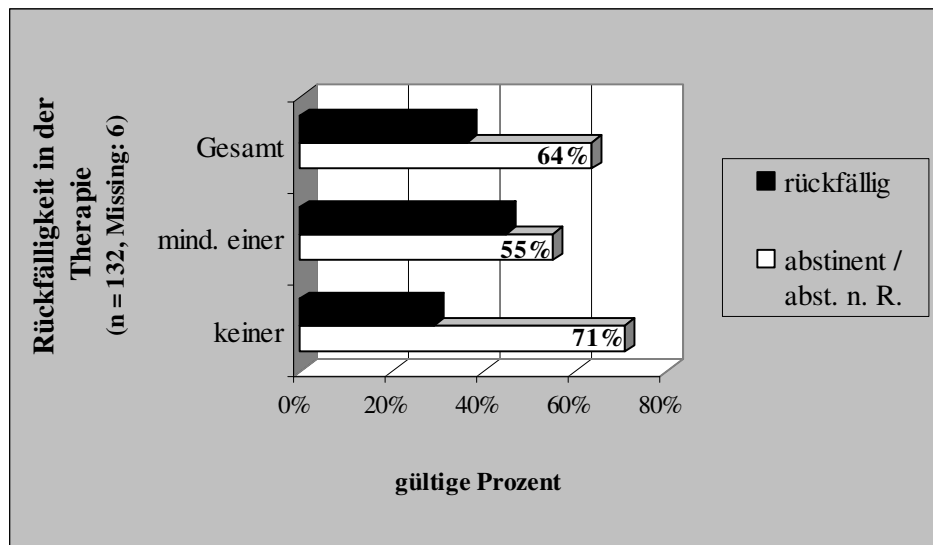


Anmerkung: abst. n. R. = abstinent nach Rückfall.

Abbildung 5.91: Abstinenzverhalten kombiniert mit Freiheitsstrafe, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 138)

Weitere Variablen ohne signifikanten Einfluss ($p > .05$) sind: Stationäre Therapie vor der MRV-Unterbringung und Erleben des Scheiterns in einer vorangegangenen Therapie – auch wenn die in dieser Richtung Unauffälligen ($n = 28$) etwas bessere Chancen haben (Abstinenzquote von 64.3 % vs. 48 % bei 25 Abbrechern).

Nur knapp nicht signifikant fällt die Analyse der Variable Rückfall in der Therapie aus: Chi-Quadrat-Test (1, $n = 132$) = 2.894, $p = .089$ (vgl. Abb. 5.92).



Anmerkung: abst. n. R. = abstinent nach Rückfall.

Abbildung 5.92: Abstinenzverhalten kombiniert mit Rückfälligkeit in der MRV-Therapie, § 64 StGB-Katamnesepatienten ($n = 138$)

Während 55 % der 60 Probanden mit mindestens einem Rückfall es schaffen, abstinent zu bleiben, gelingt dies sogar 70.8 % der 72 Rückfallfreien. Dagegen sind andere Behandlungsprobleme in der Therapie nicht weiter von Bedeutung ($p > .05$).

Folgende Items sind zwar nicht wesentlich für einen regulären Therapieabschluss, tragen aber zumindest ansatzweise zur Klärung des Abstinenzverhaltens bei. Die Zeit, die der Proband vor Einweisung in Haft verbringen musste, ist als Einflussvariable knapp nicht signifikant ($p = .054$); dennoch kann man erkennen, dass Probanden ohne Haft ($n = 44$) weniger gut zurecht kommen, als die mit Hafterleben: 47.7 % der Nicht-inhaftierten leben abstinent vs. 75 % der bis zu einem halben Jahr Inhaftierten ($n = 36$) oder 66.7 % der 21 mehrmonatig Inhaftierten (bis ein Jahr). Auch die 28 über ein Jahr Inhaftierten schneiden mit Abstinenzquote von 71.4 % deutlich besser ab.

Das Geschlecht kann zwar nicht genau analysiert werden, da die erwarteten Häufigkeiten in zu vielen Zellen kleiner fünf sind, ist aber wohl auch nicht weiter relevant, da beide Geschlechter ähnliche Abstinenzquoten haben. Das Alter bei Aufnahme scheint ebenfalls nicht ausschlaggebend. In gleicher Weise muss auch die bisherige Haft Erfahrung als wenig bedeutend behandelt werden. Die berufliche Ausbildung kann ebenso nichts zur Unterscheidung beitragen: 77.3 % der 22 Ungelernten leben abstinent. Die Probanden mit einer abgeschlossenen Lehre ($n = 60$) sind nur geringfügig schlechter: 61.7 %. Allerdings scheint es sich doch zumindest ansatzweise auszuwirken, wenn ein Proband ein derart unstetes Leben führt und eine begonnene Ausbildung abbricht: Von den 43 gescheiterten Probanden werden immerhin 44.2 % rückfällig. Die finanzielle Situation bei Entlassung hat kaum einen prognostischen Wert. Die Einschätzungen der Therapeuten zum Behandlungsergebnis sind ebenso wenig relevant.

Signifikant ist der Unterschied zwischen selbständiger und familiär gebundener Wohnform: Chi-Quadrat-Test (1, $n = 120$) = 4.449, $p < .05$. Die 52 Probanden, die allein leben, werden zu 50 % rückfällig. Dagegen bleiben 70.6 % der 68 Probanden, die in ihrer Familie oder mit einem Partner leben, abstinent.

Keinen signifikanten Einfluss haben folgende Variablen ($p > .05$): Bewährungshelfer ist bei Entlassung bekannt, Länge der bisherigen Abstinenzzeiten (vor Therapie), Alter bei der ersten Straftat, Schulden, Freizeitverhalten.

Die anderen Items sind aufgrund zu kleiner Subklassenbesetzungen nicht sinnvoll auswertbar.

Die Therapiebenotung bei Entlassung kann kaum etwas zur Differenzierung beitragen: 55.3 % der 76 Abstinenter geben eine eins bzw. zwei. 54.3 % der 46 Rückfälligen sind ebenfalls sehr oder gut zufrieden.

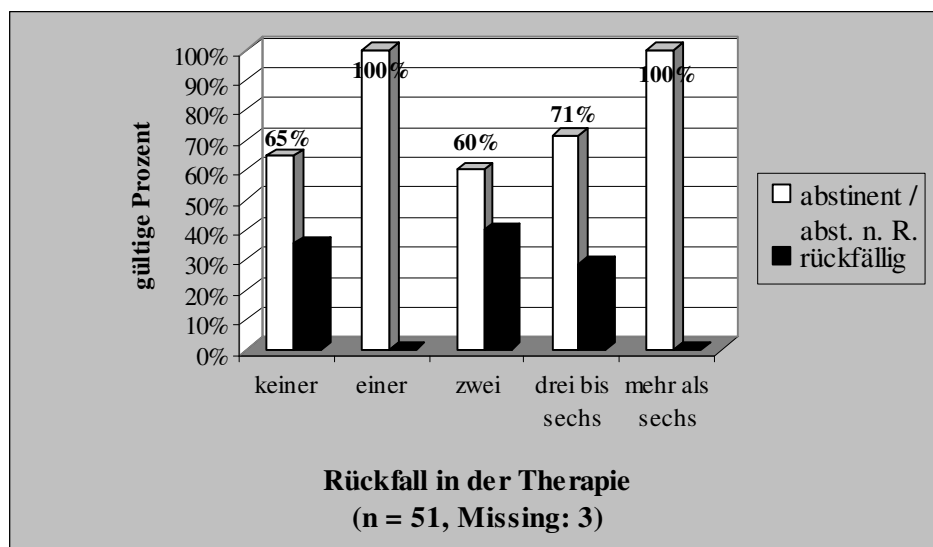
(2) Anamnestiche und therapeutische Prädiktoren: Alkoholiker-SP

Das Index-Delikt kann nicht als Variable verwertet werden, da zu schwach besetzt (81.3 % der Zellen haben eine kleinere erwartete Häufigkeit als fünf). Ähnlich verhält es sich bei den Items Herkunftsland, Elternschaft, Höhe der Freiheitsstrafe, BZR-Auszug, IQ, Schulbildung, allgemeine stationäre oder MRV-Vorbehandlung, Therapieabbrüche, Entweichungen und erneute Straftaten in Therapie.

Ebenso sind die folgenden Items aufgrund zu geringer Zellenbesetzung nicht statistisch auswertbar, sie scheinen auch in der Tendenz eher nicht als Prädiktorvariablen

geeignet: Familienstand, Familienkontakte, Vereinszugehörigkeit und Alter bei Erstmanifestation.

Nicht signifikant ist der Einfluss der Variable Freundeskontakte ($p > .05$). Allerdings scheint sich der Eindruck auch hier zu bestätigen, dass keine Kontakte während der Therapie eher für einen positiven Verlauf nach Entlassung sprechen (87.5 % der acht kontaktlosen Probanden sind abstinent vs. 65.9 % der 41 Probanden mit Freundschaften). Das Item Rückfall in der Therapie differenziert bei Alkoholikern ebenfalls nicht signifikant ($p > .05$). Es ist aber interessant, dass ein Rückfall in der Therapie nicht unbedingt für ein Scheitern im poststationären Verlauf sprechen muss: Von 34 Rückfallfreien bleiben 64.7 % abstinent; bei den 17 Probanden mit Suchtmittelrückfällen in der Therapie schaffen dies sogar 76.5 % (vgl. Abb. 5.93). Allerdings muss beachtet werden, dass die einzelnen Untergruppen z. T. sehr schwach besetzt sind (mehr als sechs Rückfälle haben z. B. nur zwei Probanden).



Anmerkung: abst. n. R. = abstinent nach Rückfall.

Abbildung 5.93: Abstinenzverhalten kombiniert mit Rückfälligkeit in der MRV-Therapie bei Alkoholikern, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 54)

Das Item Behandlungsprobleme eignet sich nicht als Prädiktorvariable ($p > .05$), auch wenn immerhin 36.8 % der 19 Problem-Probanden später Schwierigkeiten mit der Abstinenz haben (vs. 28.1 % der Probanden ohne Auffälligkeiten in der Therapie).

Die Items, die sich als nicht bedeutend für einen erfolgreichen Therapieabschluss gezeigt haben, werden im Folgenden untersucht. Zwar nicht statistisch abzusichern, den-

noch als Hinweis interessant sind diese Items: Die Haftzeit vor Therapiebeginn wirkt sich insoweit aus, dass Probanden ohne Haft deutlich schlechter sind: 52.2 % der 23 Betroffenen werden rückfällig vs. 15.4 % der Hafterfahrenen ($n = 26$). Die Arbeitssituation vor der Einweisung bzw. Inhaftierung ist nur in der Hinsicht wesentlich, dass eine vorhandene Arbeitsstelle nicht unbedingt vor späterem Versagen schützt: 50 % der 18 Arbeitenden werden rückfällig, aber nur 23.3 % der 30 Erwerbslosen. Schulden bei Entlassung scheinen weniger ein Negativ- denn ein Positivfaktor: 70.3 % der 37 Probanden mit Schulden schaffen es, abstinent zu bleiben (vs. 58.3 % der 12 Schuldenfreien). Die Therapeuteneinschätzungen zum Behandlungsergebnis sind kaum als Prädiktor geeignet. Auch das Geschlecht kann nichts beitragen.

Nicht von signifikantem ($p > .05$) Wert ist, ob der Bewährungshelfer bei Entlassung bekannt ist, das Freizeitverhalten spielt ebenfalls keine Rolle. Der Unterschied zwischen Allein- und im Familienbund-Lebenden ($n = 19$ bzw. $n = 25$) ist nicht mehr signifikant. Alle übrigen Items sind für sinnvolle Interpretationen zu schwach besetzt.

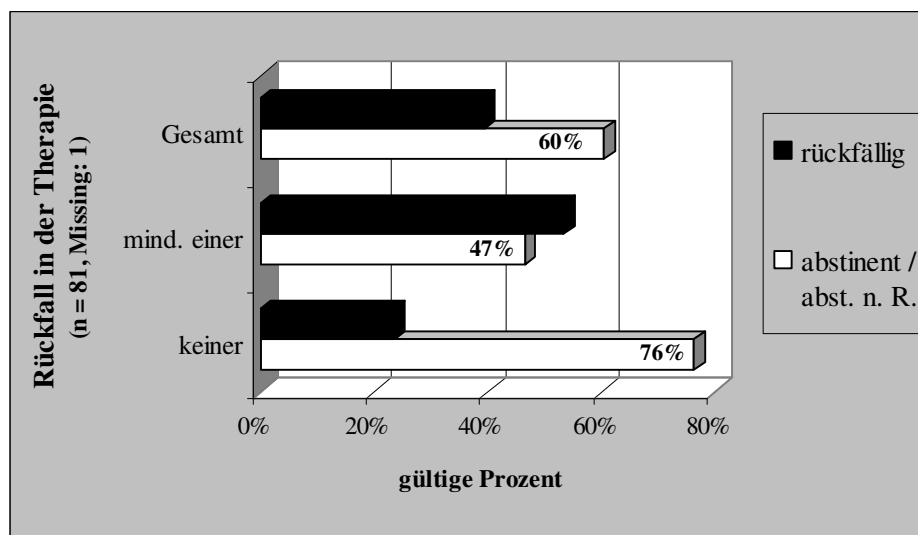
54.8 % der Abstinente ($n = 31$) sind sehr bis gut zufrieden mit der Therapie; sogar 66.7 % der 15 Rückfälligen geben derart gute Noten. Die Unterschiede sind aber nicht statistisch analysierbar.

(3) Anamnestiche und therapeutische Prädiktoren: Drogenabhängigen-SP

Wie bei den Alkoholikern kann das Item Index-Deliktgruppe aufgrund zu geringer Zellenbesetzung nicht analysiert werden. Aus dem gleichen Grund werden die Items Herkunftsland, Höhe der Freiheitsstrafe, BZR-Auszug, Schulbildung und Entweichungen nicht bewertet.

63.2 % der 38 Probanden mit Kindern leben abstinent, dagegen sind nur 53.5 % der Kinderlosen ($n = 43$) dazu in der Lage. Dies ist nur als Eindruck verwertbar, eine statistische Analyse ist nicht möglich. Wenig Aussagekraft hat das Item Kontakthäufigkeit zur Familie oder Freunden (die Zellenbesetzung ist auch hier wieder zu gering für genaue Berechnungen). Es scheint zumindest bei Drogenabhängigen eine einflussreiche Variable IQ, allerdings mit unterschiedlicher Auswirkung, zu geben: Nur 28.6 % der Probanden, deren Intelligenz im unteren Durchschnittsbereich liegend geschätzt wurde ($n = 7$), sind für eine abstinente Lebensführung geeignet. Dagegen schaffen dies 71.7 % der 53 durchschnittlich Intelligenten. Einschränkend muss aber auch erwähnt werden, dass von den 18 Probanden mit einem höheren IQ nur 38.9 % abstinent bleiben. Das Alter bei Erstmanifestation ist kaum von Relevanz.

Keinen signifikanten Einfluss ($p > .05$) hat die Variable Familienstand. Auch eine Vereinsmitgliedschaft schützt nicht vor Rückfall. Nur in der Tendenz lässt sich ein gewisses Schutz-Potential zeigen: 13 der 17 organisierten Probanden (76.5 %) leben ohne Rückfall vs. 55 % der 60 Nichtaktiven. Ob der Proband vorher stationär behandelt wurde, wirkt sich später zumindest nicht signifikant aus. Immerhin zeigt sich aber, dass 50 % der 30 Behandelten scheitern (vs. 32 % der 50 Unbehandelten). Die MRV-Vorbehandlung hat ebenfalls keinen entscheidenden Einfluss. Auch wenn 50 % der mindestens einmal in einer vorangegangenen Therapie Gescheiterten ($n = 22$) nach Entlassung negativ auffallen (vs. 38.5 % der 13 ohne vorzeitigen Therapieabbruch in der Vorgeschichte), ist dieser Unterschied nicht signifikant. Keinen starken Einfluss hat die Variable Behandlungsprobleme: 37 von 58 Unproblematischen und 10 von 19 Problematischen leben im Katamnesezeitraum abstinent.



Anmerkung: abst. n. R. = abstinent nach Rückfall.

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 7.498, $df = 1$, $p = .006$

Kontinuitätskorrektur: Wert 6.303, $df = 1$, $p = .012$

Likelihood-Quotient: Wert 7.691, $df = 1$, $p = .006$

Anzahl der gültigen Fälle: 81. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 15.01.

Abbildung 5.94: Abstinenzverhalten kombiniert mit Rückfälligkeit in der MRV-Therapie bei Drogenabhängigen, § 64 StGB-Katamnesepatienten ($n = 82$)

Im Gegensatz zur Alkoholikerstichprobe differenziert das Rückfallitem signifikant. 76.3 % der 38 ohne Rückfall in der Therapie leben auch anschließend abstinent. Dagegen werden 53.5 % der 43 Rückfälligen ebenfalls wieder rückfällig (vgl. Abb. 5.94).

Items, die zur Klärung des Therapieabschlusses nichts beitragen, werden nun auf ihren Gehalt bzgl. Abstinenzverhalten bei Drogenabhängigen untersucht.

Ohne statistische Absicherung (zu viele Zellen mit zu kleinen erwarteten Häufigkeiten) kann man dennoch ablesen, dass das Geschlecht keinen Beitrag leistet (Abstinenzquote bei 60.9 % der 69 Männer und 58.3 % bei 12 Frauen). Die Abstinenzzeiten in der Vergangenheit sind ebenso eher zu vernachlässigen. Auch das Erststraftatalter hat wenig Erklärungssubstanz, zu ähnlich sind die Abstinenzquoten. Eine abgebrochene Lehre scheint eher von Nachteil als überhaupt kein Ausbildungsversuch (Rückfall-Quote bei 50 %; $n = 30$ vs. 21.4 %; $n = 14$). Auch der Abschluss einer Lehre hat keine durchschlagende Schutzwirkung (Rückfall-Quote bei 42.4 %; $n = 33$).

Nicht signifikant ist der Einfluss der Haftzeit vor der Therapie ($p > .05$), auch wenn wiederum deutlich wird, dass keine Haft eher schädlich ist (in den Gruppen mit Haft liegt die Abstinenzquote über 60 %, dagegen schaffen nur 47.6 % der 21 ohne Haft eine abstinente Lebensweise). Ebenso irrelevant scheint die Kenntnis des Bewährungshelfers. Auch Schulden erweisen sich wie in vorherigen Analysen als nicht einflussreich. Der Familienstand ist nur tendenziell von Bedeutung: Allein Lebende ($n = 33$) sind etwas gefährdeter als andere (RF-Quote bei 51.5 % vs. 32.6 % der 43 im Familienverbund Lebenden). Das Freizeitverhalten kann keinen Beitrag leisten. Schließlich hat die Einschätzung des Therapeuten zum Behandlungsergebnis auch kaum prädiktiven Wert.

Alle anderen Items fallen aufgrund zu kleiner Subgruppenbesetzungen aus der Analyse.

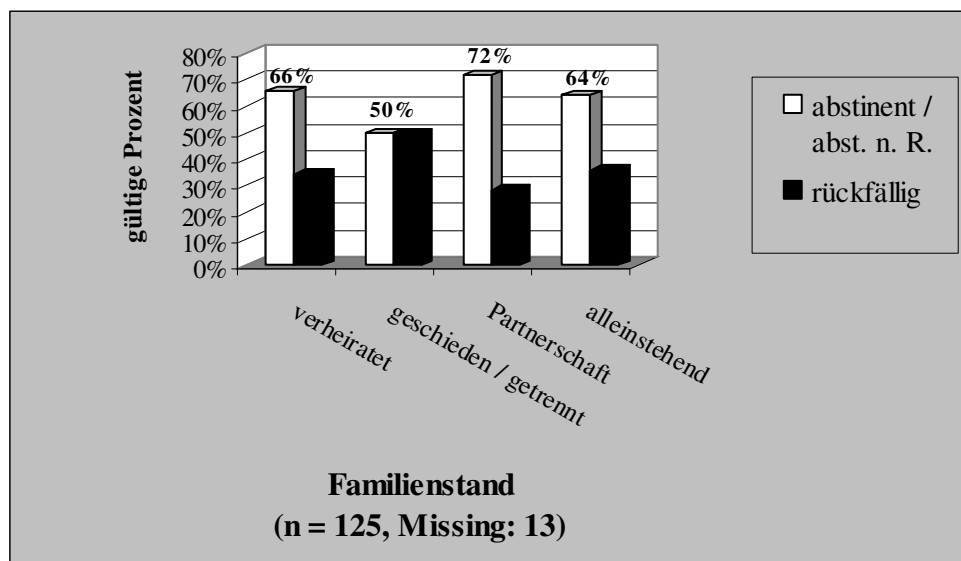
Die Therapiebenotung bei Entlassung kann auch in dieser Subgruppe nichts beitragen: 55.6 % der 45 Abstinente geben eine eins bis zwei und 48.4 % der 31 Rückfälligen.

(4) Lebenskontext-Prädiktoren: Katamnesestichprobe

Keinen signifikanten Einfluss ($p > .05$) hat ein Arbeitsplatzwechsel; auch Wohnveränderungen sind nicht relevant. Die finanzielle Situation zum Katamnesezeitpunkt hat ebenfalls keine signifikanten Auswirkungen: Abstinente ($n = 81$) haben zu 87.7 % eine Absicherung, Rückfällige ($n = 39$) zu 84.6 %. Beide Gruppen finanzieren sich zu 43.6 % bzw. 47.5 % von ihrem Arbeitslohn. Auch Schulden sind nicht von Bedeutung.

Beide Subgruppen können überwiegend von Verbesserungen berichten: 67.7 % der Abstinenten (n = 65) und 46.2 % der 26 Rückfälligen.

Änderungen des Familienstandes wie auch der Familienstand zum Katamnesezeitpunkt wirken sich nicht aus. Abbildung 5.95 zeigt, dass das Verhältnis Abstinente-Rückfällige nicht auffallend differiert; zwei Ausnahmen scheinen sich aber abzuzeichnen: Von 18 Geschiedenen leben je 50 % abstinent oder rückfällig. Auch die 53 Probanden, die in einer festen Partnerschaft sind, unterscheiden sich stärker: 71.7 % schaffen die Abstinenz, nur 28.3 % – im Vergleich mit anderen Gruppen ist dies wenig – werden rückfällig.

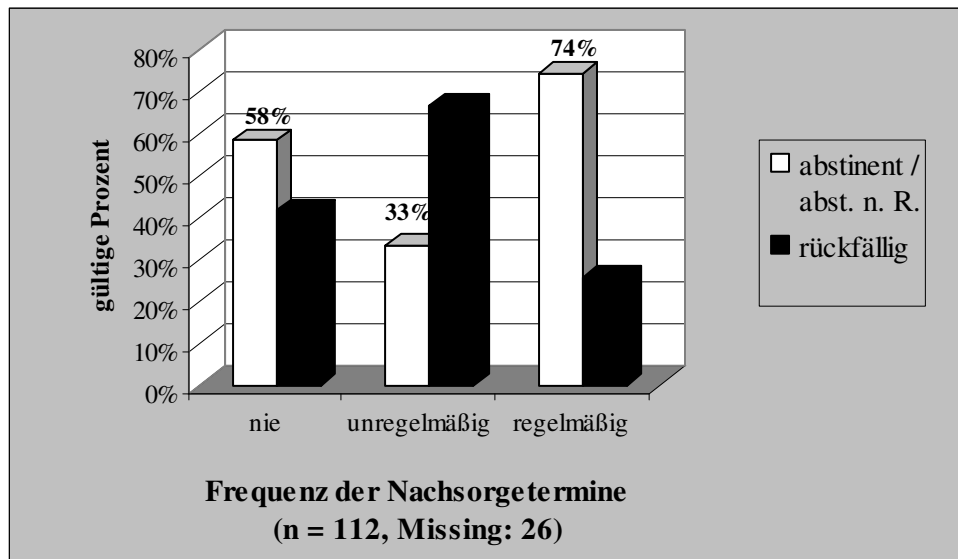


Anmerkung: abst. n. R. = abstinent nach Rückfall.

Abbildung 5.95: Abstinenzverhalten und Familienstand, § 64 StGB-Katamnese-patienten (n = 138)

Ebenfalls nicht relevant ist die Familien- oder Freundeskontaktfrequenz oder eine Vereinsmitgliedschaft: 19 % der 79 Abstinenten sind entsprechend organisiert, aber auch 15.8 % der 38 Rückfälligen. In diese Themengruppe passt auch der fehlende Einfluss eines aktiven, nach außen gewandten Freizeitverhaltens. Keinen Unterschied kann man bzgl. einer stationären oder ambulanten Behandlung erkennen: 91.3 % der 80 Abstinenten begeben sich nicht mehr in eine stationäre Behandlung, aber auch 78 % der 41 Rückfälligen tun dies nicht. Wenn ein Proband in einer ambulanten Behandlung (n = 20) ist, dann muss das nicht unbedingt mit einer Suchtmittelrückfälligkeit zusammenhängen: 55 % der Behandelten sind abstinent, 45 % rückfällig.

Signifikant ist der Unterschied zwischen Abstinenten ($n = 74$) und Rückfälligen ($n = 38$) bzgl. der ambulanten Nachsorge und ihrer Gesprächsfrequenz: Von 82 regelmäßig Teilnehmenden sind 74.4 % abstinent, nur 25.6 % fallen in die Rückfallgruppe (vgl. Abb. 5.96). Die hohe Quote der Abstinenten in der Nichtteilnehmergruppe kann sich dadurch erklären, dass bei besonders positivem Verlauf die Nachsorge (mit Einverständnis der Justiz) ausgesetzt wird.



Anmerkung: abst. n. R. = abstinent nach Rückfall.

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 11.458, $df = 2$, $p = .003$

Likelihood-Quotient: Wert 10.965, $df = 2$, $p = .004$

Anzahl der gültigen Fälle: 112. 1 Zelle (16.7 %) hat eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4.07.

Abbildung 5.96: Abstinenzverhalten und Frequenz der richterlich auferlegten Nachsorge, § 64 StGB-Katamnesepatienten ($n = 138$)

Man muss weiter festhalten, dass von den 38 Rückfälligen 55.3 % regelmäßig ihre Termine wahrnehmen, nur 13.2 % verweigern sich. Die Bewertung der Nachsorge wiederum scheint nur in der Tendenz vom Abstinenzverhalten abzuhängen, eine statistische Absicherung ist nicht möglich: 42.4 % der rückfälligen Probanden ($n = 33$) empfinden sie als lästige Pflicht (allerdings ebenso viele als hilfreich). Dagegen scheinen 60.6 % der 71 Abstinenten zufrieden.

Als zweiter signifikanter Prädiktor zeigt sich die erneute Straffälligkeit (Grundlage der Berechnung ist die Stichprobe inklusive der drei Probanden, von denen nur Drittinformationen vorliegen): Nicht-Straffällige ($n = 106$) sind zu 70.8 % abstinent, Straffällige ($n = 25$) nur zu 36 %. Allerdings ist der prozentuale Anteil der Probanden mit positiver Legalbewährung auch bei den 47 Rückfälligen nicht so gering, wie erwartet werden könnte: Nur 34 % werden suchtrück- und straffällig. Bei den Abstinente(n) ($n = 84$) ist die Quote der Legalbewährten dennoch deutlich günstiger: 89.3 % werden nicht straffällig; Chi-Quadrat-Test ($1, n = 131$) = 9.164, $p < .01$.

Keinen erkennbaren Einfluss scheinen Arbeitslosigkeit, Kontakte zur Suchtberatungsstelle oder SPDI zu haben, können aber aufgrund zu geringer Zellenbesetzung nicht statistisch abgesichert interpretiert werden.

Die Daten zu subjektiven Veränderungsmaßen können nur als Tendenzen interpretiert werden. Ausnahme ist die Einschätzung zur beruflichen Veränderung, wobei aber die Unterschiede nicht signifikant sind ($p > .05$): Eine Verschlechterung erkennen 25.6 % der 78 Abstinente(n) und 36.4 % der 33 Rückfälligen. Keine Veränderung sehen 29.5 % bzw. 27.3 %; Verbesserungen konstatieren 44.9 % der Abstinente(n) und immerhin 36.4 % der Rückfälligen. Abstinente ($n = 80$) können tendenziell auch subjektiv eine Verbesserung ihrer Suchtproblematik feststellen: 83.8 %. Interessanterweise glauben auch Rückfällige ($n = 33$), sich verbessert zu haben: 60.6 %. Von einer Verschlechterung sprechen 27.3 %. Immerhin 12 Abstinente scheinen nicht zufrieden und sehen keinerlei Veränderungen. Kaum unterscheiden sich die Gruppen in der Bewertung der sozialen Situation: 20 % der 80 Abstinente(n) und 32.4 % der 34 Rückfälligen sehen keine Veränderungen. Die Persönlichkeitsveränderungen sind aufgrund sehr geringer Zellenbesetzungen nur vorsichtig zu interpretieren: Immerhin 67.6 % der 34 Rückfälligen sind positiv gestimmt, dies trifft auf 88.8 % der 80 Abstinente(n) ebenfalls zu. Dagegen sehen doppelt soviel Rückfällige als Abstinente keine Veränderungen (20.6 % vs. 10 %). Immerhin vier Probanden mit Rückfall glauben, sich zum Negativen verändert zu haben. Dies schätzt nur ein Abstinenter so ein.

Keine Differenzen gibt es in der Therapiebenotung: 63.8 % der Abstinente(n) geben eine eins bzw. zwei; dies tun 48.5 % der Rückfälligen ebenfalls.

(5) Lebenskontext-Prädiktoren: Alkoholiker-SP

Aufgrund der geringen Zellenbesetzung ist eine statistische abgesicherte Aussage nicht möglich; in der Tendenz zeigen sich aber auch keine relevanten Einflüsse von Arbeits-

platzwechsel, Arbeitslosigkeit, gesicherter finanzieller Situation, Schulden, Änderung des Familienstandes, Familienstand zum Katamnesezeitpunkt, Vereinszugehörigkeit, erneuter stationärer oder ambulanter Behandlung und Kontakt zur Suchtberatungsstelle.

Dagegen deutet sich zumindest an, dass eine selbständige Wohnform eher zu Problemen führt als eine in die Familie eingebundene: 44.4 % der 18 Selbständigen sind abstinent vs. 58.8 % der 26 mit einem Partner oder der Familie Lebenden. Leider sind auch die Subklassen zum Item Rückfalldelinquenz sehr schwach besetzt (50 % der Zellen haben eine kleinere erwartete Häufigkeit als fünf). Nur als Tendenz verwertbar ist daher, dass Suchtmittelrückfällige ($n = 17$) mit einer Straffälligenquote von 23.5 % deutlich über der Quote der 35 Abstinenten liegen: 5.7 %.

Nicht signifikant ($p > .05$) sind Wohnungswechsel, Kontakte zu Freunden und Freizeitverhalten.

Alle anderen potentiell relevanten Items sind für jegliche Interpretationen zu schwach besetzt.

Die subjektiven Bewertungen zur Veränderung der persönlichen Lebenssituation können nur als Hinweise bewertet werden, da in den Subklassen z. T. nur wenige Probanden vertreten sind. Die Einschätzung der Suchtproblematik zeigt in beiden Gruppen eine positive Tendenz: 81.8 % der 33 Abstinenten sehen Verbesserungen, aber auch 41.7 % der 12 Rückfälligen. Letztere sprechen aber auch zu 33.3 % von einer Verschlechterung bzw. zu 25 % von keiner Veränderung seit Entlassung. Die berufliche Situation habe sich beim Großteil der Probanden verbessert: 48.5 % der 33 Abstinenten und immerhin 46.2 % der 13 Rückfälligen sehen dies so. Bei 30.3 % der Abstinenten scheint keine Veränderung eingetreten zu sein, 21.2 % haben sich subjektiv gesehen verschlechtert. Bei Rückfälligen dreht sich dies um: 15.4 % sehen keine Veränderung, aber 38.5 % müssen mit einer Verschlechterung zurecht kommen. Die soziale Situation ist überwiegend mit einer positiven Entwicklung verbunden: 75.8 % der 33 Abstinenten und 69.2 % der Rückfälligen glauben, sich verbessert zu haben. Die Persönlichkeitsveränderungen sprechen ebenfalls eher für eine positive Entwicklung: 90.9 % der 33 Abstinenten haben sich nach ihrer Einschätzung zum Positiven verändert, auch 76.9 % der 13 Rückfälligen sehen dies so.

Die Therapiebenotung unterscheidet sich nicht signifikant, aber man kann sehen, dass Abstinente ($n = 33$) zu 72.7 % sehr oder gut zufrieden sind, während Rückfällige ($n = 13$) die Therapie nur zu 38.5 % mit guten Zensuren benoten können. Sie geben eher die Note drei (58.8 %).

Bischoff-Mews (1998) fragt nach einem mindestens dreijährigem Follow-up die alkoholkranken Probanden ($n = 9$) nach den Einschätzungen zu aktuellen Lebensumständen und dem psychischen und physischen Befinden. Auch bei ihr sind die Befragten meist zufrieden, vergeben ein gut bis befriedigend.

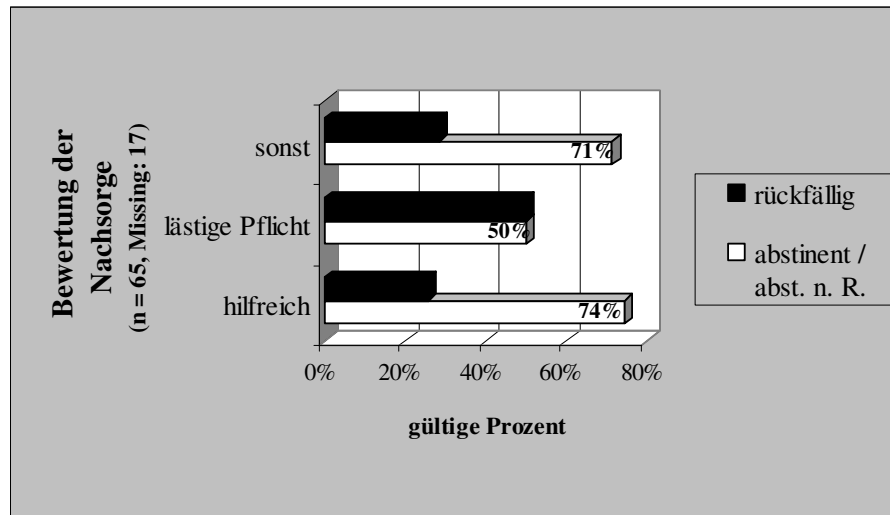
(6) Lebenskontext-Prädiktoren: Drogenabhängigen-SP

Der Eindruck, dass das Item Arbeitslosigkeit nichts zur Differenzierung beitragen kann, kann nicht statistisch untermauert werden; ebenso verhält es sich mit den Variablen finanzielle Situation, Familienstand bzw. -änderung, Vereinsmitgliedschaft.

Nicht im statistischen Sinne bedeutsam, dennoch interessant ist die Tendenz, dass Probanden mit einer erneuten stationären Behandlung auch eher suchtmittelrückfällig sind: Von 13 Behandelten sind 61.5 % rückfällig. Dies scheint bei ambulanten Behandlungen aber nicht so zu sein: Von 14 Betroffenen sind nur 42.9 % Rückfällige. Das bedeutet weiter, dass von einer Behandlung im Katamnesezeitraum nicht zwangsläufig auf Rückfälligkeit geschlossen werden kann. Das Aufsuchen einer professionellen Unterstützung kann vielmehr Ausdruck eines sekundär-präventiven Hilfesuchverhaltens sein.

Die Frequenz der gerichtlich auferlegten Weisung scheint sich ebenfalls auszuwirken, wenn auch nicht statistisch abgesichert: Von 45 Abstinents besuchen 84.4 % regelmäßig die ambulante Nachsorge, aber nur 54.2 % der 24 Rückfälligen tun dies. Letztere sind häufig unregelmäßig erscheinende Patienten (37.5 %).

Immerhin 42.9 % der 21 Rückfälligen, die die Nachsorgeauflage erfüllen, sehen diese als hilfreich (vgl. Abb. 5.97). Bei Abstinents sind 59.1 % sehr zufrieden. Allerdings empfinden fast 40 % der Rückfälligen sie eher als lästige Pflicht. Die Gruppe derer, die die Gespräche als Hilfe erleben können ($n = 35$), setzt sich zu 74.3 % aus Abstinents zusammen. Dagegen sind die 16 Unzufriedenen gleich verteilt. Nur vier der 14 Probanden, die weitere Bewertungen abgeben (Nachsorge ist nur zu Beginn hilfreich, sie kontrolliert zu stark oder schwach, sie ist in der Terminvergabe zu unflexibel etc.) gehören der Rückfälligengruppe an. Die Unterschiede sind aber nicht signifikant.



Anmerkung: abst. n. R. = abstinent nach Rückfall.

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 3.075, df = 2, p = .215

Likelihood-Quotient: Wert 2.956, df = 2, p = .228

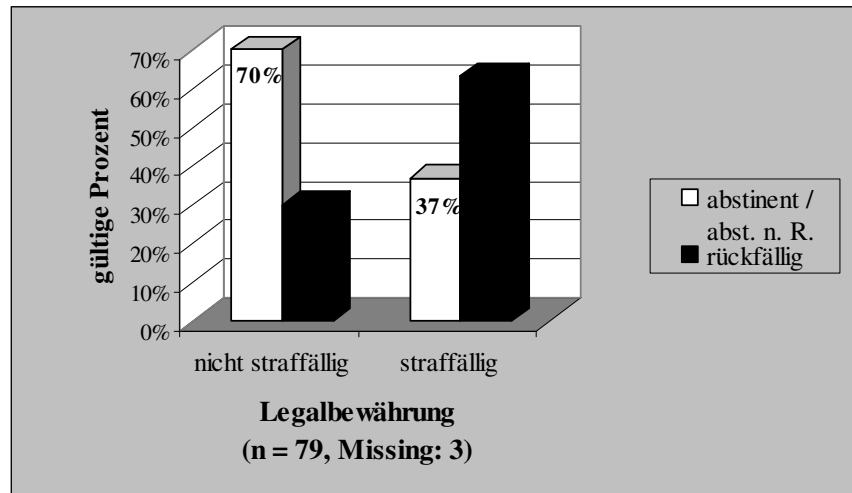
Anzahl der gültigen Fälle: 65. 1 Zelle (16.7 %) hat eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4.52.

Abbildung 5.97: Nachsorge-Bewertung von Drogenabhängigen, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 82)

Keinen signifikanten Einfluss ($p > .05$) haben die Variablen Arbeits-, Wohnwechsel, Schulden, Qualität und Quantität von Freundeskontakten. 56.5 % der Abstinenter ($n = 46$) sehen diese gelegentlich, bei Rückfälligen ($n = 24$) sprechen 41.7 % davon, Freunde zu haben und diese in unregelmäßigen Abständen auch zu treffen. Es scheint auch nicht relevant, ob ein Proband sich aktiv oder eher passiv in seiner Freizeit verhält. Man kann dennoch ablesen, dass eine aktive Gestaltung häufiger von Abstinenter gezeigt wird: Von 35 Aktiven leben 71.4 % rückfallfrei.

Signifikant ist der Unterschied zwischen Abstinenter und Rückfälligen in der Straffälligenquote: Nur 14.3 % der 49 Abstinenter werden erneut straffällig vs. 40 % der 30 Rückfälligen. Von 60 Probanden mit positiver Legalbewährung sind 70 % abstinent, dagegen müssen von 19 erneut Straffälligen auch 63.2 % zu den Rückfälligen gezählt werden (vgl. Abb. 5.98).



Anmerkung: abst. n. R. = abstinent nach Rückfall.

Chi-Quadrat-Tests, asymptotische Signifikanz (2-seitig):

Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 6.736, df = 1, p = .009

Kontinuitätskorrektur: Wert 5.402, df = 1, p = .020

Likelihood-Quotient: Wert 6.591, df = 1, p = .010

Anzahl der gültigen Fälle: 79. 0 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 7.22.

Abbildung 5.98: Abstinenzverhalten und Legalbewährung bei Drogenabhängigen, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 82)

Die subjektiven Veränderungseinschätzungen zeigen meist nur tendenzielle Unterschiede. Deutlich wird, dass Rückfällige (n = 21) ihre Situation bzgl. der Suchtproblematik durchaus realistisch einschätzen und 23.8 % eher Verschlechterungen erkennen. Allerdings sind 71.4 % positiv gestimmt und sprechen von Verbesserungen. Bei Abstinentern (n = 47) liegt der Positivanteil bei 85.1 %. Die Einschätzungen der beruflichen Situation unterscheiden sich nicht signifikant ($p > .05$). 42.2 % der 45 Abstinentern und 30 % der 20 Rückfälligen haben sich verbessert. Verschlechtert haben sich nach eigenen Angaben 28.9 % der Unauffälligen und 35 % der Auffälligen. Die soziale Situation scheint nur tendenziell mit der Abstinenz zusammenzuhängen: 78.7 % der Abstinentern (n = 47) sehen Verbesserungen vs. 52.4 % der 21 Rückfälligen. Letztere sehen zu 33.3 % keine Veränderungen (vs. 21.3 % bei Abstinentern). Auch die Persönlichkeitsveränderungseinschätzung kann nur als Hinweis bewertet werden: Rückfällige (n = 21) sind deutlich vorsichtiger und sehen zu 23.8 % keine Veränderung. Allerdings sind immerhin 61.9 % durchaus zufrieden. Zum Positiven haben sich nach eigenen Angaben 87.2 % der 47

Abstinenter entwickelt, nur 12.8 % nehmen eine skeptische Haltung ein, kein Proband sieht negative Veränderungen.

Über die Hälfte der Abstinenter (57.4 %; $n = 47$) sind sehr zufrieden mit der Therapie. Auch Rückfällige ($n = 20$) können der Therapie überwiegend gute Noten geben: 55 % geben eine eins bzw. zwei.

5.5.5.3 Zusammenfassung der Verlaufsprädiktorenanalyse

Die Analyse und ihre Ergebnisinterpretation wird von den teilweise sehr geringen Zellenbesetzungen beeinträchtigt. Häufig ist bei Chi-Quadrat-Tests der Anteil der Zellen mit geringeren erwarteten Häufigkeiten als fünf über 20 %, auch lässt das vorliegende Datenmaterial keine anspruchsvolleren Methoden zu, so dass man die Auswertung mehr im explorativen Sinne betrachten kann und diverse Ergebnisse lediglich Hinweisscharakter haben.

Zur Klärung der Legalbewährung werden zunächst anamnestiche und therapeutische Items, beginnend mit den beiden Hauptunterscheidungsmerkmalen Index-Delikttyp und Diagnosegruppe, analysiert. Es können keine signifikanten Zusammenhänge zum Legalverhalten gezeigt werden. Allerdings zeichnet sich ab, dass insbesondere BtM-Täter schlechtere Bewährungschancen haben. Auch Drogenabhängige schneiden tendenziell weniger gut ab als Alkoholranke; man beachte hierbei den Zusammenhang zwischen Drogenabhängigkeit und BtM-Straftat. Nur als Hinweis relevant sind Vorbehandlungen im MRV und Substanzmissbrauch in der Therapie. Eine vom Therapeuten bei Entlassung bestätigte Verbesserung der Suchtproblematik scheint prognostisch durchaus relevant.

Bei Alkoholikern bestätigt sich der Hinweis auf ungünstige Voraussetzungen bei im MRV Vorbehandelten und Suchtmittelrückfälligen. Bei Drogenabhängigen zeichnet sich eine gewisse protektiv wirkende Relevanz von Elternschaft ab. Signifikante Zusammenhänge mit Legalbewährung finden sich aber nicht.

In der Literatur wird ebenfalls beschrieben, dass Alkoholiker häufig eine etwas bessere Legalbewährung haben als Drogenabhängige (Meier & Metrikat, 2003). Auch der positive Zusammenhang zwischen Elternschaft und Legalbewährung ist publizierten Studien zu entnehmen (Koch, 1988). Koch (a. a. O.) bestätigt zudem, dass bei Alkoholikern eine wiederholte MRV-Therapie eher ungünstig sowohl für die spätere Abstinenz als auch Legalbewährung ist. Dies ist auch aus der allgemeinen Entwöhnungstherapie bei Alkoholikern für das spätere Abstinenzverhalten bekannt (Schneider & Schulz,

1990). Der protektive Einfluss von zunehmendem Alter, geringerer Intensität der strafrechtlichen Vorbelastung oder dem Nichtauftreten negativer Therapiezwischenfälle kann in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Im Einklang mit der Regensburger Arbeit aber kann keine Relevanz von Anzahl der Vorstrafen gefunden werden (Koch, 1988).

Das Abstinenzverhalten steht in einem signifikanten Zusammenhang mit familiär gebundener Wohnform. Tendenziell schneiden Drogenabhängige und gewaltlose Eigentumstäter schlechter ab, Kontakte zu (früheren) Freunden sind eher schädlich, Partnerschaft, das Erleben von Haft vor der Therapie, aber auch eine verhängte Freiheitsstrafe dagegen wirken protektiv. Suchtmittelrückfälligkeit in der Therapie ist kein signifikanter Faktor, dennoch haben es Rückfallfreie später leichter.

Bei Alkoholikern schneiden Probanden, die keine Kontakte zu Freunden pflegen, etwas besser ab. Probanden ohne Haftzeiten vor Therapieantritt tun sich schwerer mit späterer Abstinenz. Signifikante Items lassen sich nicht generieren. Bei Drogenabhängigen zeigt sich wieder der positive Einfluss der Elternschaft. Ebenfalls nur tendenziell als Negativ-Faktoren relevant sind keine Haftzeiten vor Therapieantritt, abgebrochene Ausbildungen, selbständige Wohnform. Suchtmittelrückfälligkeit in der Therapie ist dagegen bei Drogenabhängigen ein signifikanter Einflussfaktor: Je mehr, desto schlechter für die Abstinenzprognose.

Koch (1988) kann aus ihrer Alkoholikerstichprobe ebenfalls bestätigen, dass eine größere Hafterfahrung günstig ist. Auch das Fehlen einer Zusatzdiagnose scheint protektiv zu sein. Das Alter als Einflussfaktor oder auch ein höherer IQ dagegen haben in der Regensburger Studie keine Bedeutung.

Tabelle 5.109 macht deutlich, dass es so gut wie keine übereinstimmend relevanten Prädiktoren für Therapieerfolg und Stabilität im poststationären Verlauf gibt. Lediglich in der Tendenz sprechen eine Freiheitsstrafe beim Indexdelikt sowohl für einen regulären Abschluss als auch ein stabiles Abstinenzverhalten. Dagegen scheint eine stationäre forensische Vorbehandlung eher negativ für einen guten Therapieabschluss und positiven Legalbewährungsverlauf zu sein. Freundeskontakte wirken sich zumindest ansatzweise gegenläufig aus. Während sie für einen regulären Therapieabschluss sehr wichtig sind, schaden sie im poststationären Bereich (bzgl. Abstinenz) eher. Suchtmittelmissbrauch in der Therapie ist die einzige Variable, die in allen drei Kriterien (Einfluss auf Legalverhalten, Abstinenz und Therapieabschluss) eine relevante Rolle spielt: Je häufi-

ger ein Proband rückfällig wird, desto geringer sind die Chancen auf einen regulären Therapieabschluss und positiven poststationären Verlauf.

Tabelle 5.109: Anamnestiche und therapeutische Variablen mit potentiell prädiktivem Gehalt, Chi-Quadrat-Tests, § 64er-Katamnese-Patienten (n = 134)

Anamnestiche / therapeutische Variable	Einfluss auf: <i>Legalbewährung (t2)</i> <i>Abstinenzverhalten (t2)</i>		Zusammenhang mit Therapie- erfolg (t1)
Diagnose	n.s. (negat. E.: Droge- nabh.?)	n.s. (negat. E.: Droge- nabh.?)	n.s.
Index-Delikt	n.s. (negat. E.: BtMG- Tat?)	? (negat. E.: gewaltlo- se Eigentumsdelikte)	?
Geschlecht	? (k. E.)	? (k. E.)	n.s.
Herkunft: Deutschland oder GUS-Staaten	? (k. E.)	?	*
Schulbildung	? (k. E.)	? (k. E.)	**
Berufsausbildung	? (k. E.)	? (k. E.)	?
Arbeitssituation vor Haft / Therapie	? (k. E.)	?	?
Ersttatalter	? (k. E.)	n.s.	n.s.
Hafterfahrung	? (k. E.)	? (k. E.)	n.s.
BZR-Eintrag	? (k. E.)	? (k. E.)	**
Freiheitsstrafe Index- Delikt	? (k. E.)	n.s. (posit. E.?)	***
Alter bei Erstmanifestation	? (k. E.)	? (k. E.)	**
IQ	? (k. E.)	? (k. E.)	***
Abstinenzverfahren	? (k. E.)	n.s.	n.s.
Stationäre Vorbehandlung	n.s.	n.s.	*
Vorbehandlung im MRV	? (negat. E.)	? (k. E.)	***
Früherer vorzeitiger The- rapieabbruch	? (k. E.)	n.s.	**
Haftzeit vor Therapie	n.s.	n.s. (posit. E.?)	?
Alter bei Aufnahme	?	? (k. E.)	?
Familienstand	n.s.	n.s.	***
Elternschaft	? (k. E.)	? (k. E.)	**
Kontakt zur Familie	n.s.	n.s.	***
Kontakt zu Freunden	n.s.	n.s. (negat. E.?)	***
Vereinsmitgliedschaft	n.s.	n.s.	***
Freizeitverhalten	n.s.	n.s.	?
Schulden	n.s.	n.s.	?
Arbeitssituation bei Entlassung	? (k. E.)	?	-
Wohnsituation bei Entlassung	? (k. E.)	* (posit. E.: Familie / Partner)	-

Anamnesticke / therapeutische Variable	Einfluss auf: <i>Legalbewährung (t2)</i>	<i>Abstinenzverhalten (t2)</i>	Zusammenhang mit Therapie- erfolg (t1)
Gesicherte finanz. Situa- tion bei Entlassung	? (k. E.)	? (k. E.)	-
Einkommen bei Entlassung	? (k. E.)	?	-
Entweichung	? (k. E.)	? (k. E.)	***
Straftaten während Unterbringung	? (k. E.)	? (k. E.)	**
Tätlichkeiten	? (k. E.)	?	?
Substanzmissbrauch In Therapie	? (negat. E.)	n.s. (negat. E.?)	***
Behandlungsprobleme	n.s.	n.s.	***
BWH bekannt	n.s.	n.s.	?
Einschätzung des Behand- lungsergebnisses: ...Sucht	? (posit. E.)	? (k. E.)	-
...Krankheit / Störung	? (k. E.)	? (k. E.)	-
...Sozialverhalten	? (k. E.)	? (k. E.)	-

Anmerkung: n.s. = nicht signifikant; * < .05; ** < .01; *** < .001.

? = keine statistische Absicherung;

(negat. E.) = tendenziell negativer Einfluss, (posit. E.) = tendenziell positiver Einfluss,

(k. E.) = tendenziell kein Einfluss;

- = nicht ausgewertet.

Lebenskontextvariablen, die für die Legalbewährung einen prädiktiven Wert haben, sind kaum mit statistischer Signifikanz zu finden (vgl. Tab. 5.110). Wieder sind häufig die Untergruppen zu klein, so dass lediglich Tendenzen aufgezeigt werden können. Das Item „gesicherte finanzielle Situation zum Katamnesezeitpunkt“ ist zwar als Einflussvariable nicht signifikant, weist aber dennoch darauf hin, dass eine gute Absicherung eher zur Legalbewährung beitragen kann. Die richterlich auferlegte Nachsorge scheint ebenfalls nur von geringer Bedeutung zu sein. Wie erwartet ist der Anteil der straffälligen Probanden in der Gruppe derer mit nur unregelmäßig stattfindenden Gesprächen höher, aber dennoch schützt eine regelmäßige Nachsorge nicht vor erneuter Delinquenz: Knapp 15 % werden dennoch straffällig. Auch nur als Tendenz erkennbar ist der Einfluss der Wohnform: betreute Probanden werden weitaus seltener straffällig als Probanden, die alleine oder mit Partner leben. Schulden zu haben scheint ebenfalls ein Negativfaktor zu sein. Häufig steht eine erneute stationäre oder auch ambulante Behandlung mit erneuter Straffälligkeit im Zusammenhang.

Signifikant ist der Unterschied zwischen Abstinenter / nach Rückfall Abstinenter und Rückfälligen. Insbesondere Dauerkonsumierer oder auch Substituierte sind gefähr-

det. Deutlich besser schneiden Probanden mit einem unregelmäßigen Konsum ab. Tendenziell scheint das 2.Halbjahr nach Entlassung kritisch, aber auch häufige Rückfälle sind eher mit Straffälligkeit assoziiert. Wer Drogen konsumiert oder einen multiplen Konsum betreibt, scheint ebenfalls eher zur Gefährdetengruppe zu gehören.

Straftatfreie sind generell eher mit der Lebenssituation zufrieden als Legalbewährungsversager, allerdings nicht so deutlich wie erwartet. Insbesondere die Einschätzungen zur Suchtproblematik klaffen auseinander.

Bei Alkoholikern scheint die Wohnform durchaus schützenden Charakter zu haben: Familieneingebundene oder Betreute sind seltener straffällig als allein Lebende. Auch Abstinenz kann sich positiv auf die Legalbewährung auswirken. Wiederum besonders stabil sind dauerhaft Abstinente, aber auch unregelmäßig Konsumierende schneiden sehr gut ab. Dies wird in anderen Studien bestätigt: Bei Koch (1988) werden 84 % der dauerhaft Rückfälligen auch straffällig. Gelingt eine Konsummusteränderung in Quantität und Qualität, die einen reduzierten Konsum erkennen lässt, dann scheint dies ein protektiver Faktor zu sein.

Bei Drogenabhängigen zeigt sich erneut der Eindruck, dass während des Katamnesezeitraums erneut Behandelte (stationär oder ambulant) auch eher zu den Versagern gehören. Signifikant ist der Einfluss von Suchtmittelrückfälligkeit. Dauerkonsumierer und Substituierte sind besonders gefährdet. Eher geschützt sind Abstinente und unregelmäßig Konsumierende. Abstinente nach Rückfall sind dagegen auffällig mit einer unterdurchschnittlichen Legalbewährungsquote. Werden Drogenabhängige mit Alkohol rückfällig, dann muss dies nicht in einer erneuten Straffälligkeit enden. Dagegen haben Drogenabhängige, die einen Mischkonsum betreiben oder an Drogen festhalten, deutlich schlechtere Chancen auf eine positive Legalbewährung.

Das Abstinenzverhalten im Katamnesezeitraum wird insbesondere von der Kontaktfrequenz in der ambulanten, gerichtlich auferlegten Nachsorge beeinflusst. Regelmäßig Teilnehmende leben deutlich stabiler bzgl. der Suchterkrankung als Andere. Auch aus der freien Suchttherapie ist dieser positive Zusammenhang bekannt: 85 % der abstinenten Alkoholkranken (n = 103) besuchen regelmäßig das Nachsorgeangebot (Römer et al., 2002).

Tabelle 5.110: Lebenskontext-Variablen mit potentiell prädiktivem, Chi-Quadrat-Tests, § 64er-Katamnese-Patienten (n = 134)

Lebenskontext-Variable	Einfluss auf:	
	<i>Legalbewährung (t2)</i>	<i>Abstinenzverhalten (t2)</i>
Arbeitssituation	? (k. E.)	? (k. E.)
Arbeitsplatzwechsel	?	n.s.
Gesicherte finanzielle Situation	? (posit. E.)	?
Einkommensform	? (k. E.)	?
Familienstand	? (k. E.)	n.s.
Familienstandsänderung im Katamnesezeitraum	? (k. E.)	n.s.
Kontakte zur Familie	? (k. E.)	n.s.
Kontakte zur Freunden	n.s.	n.s.
Vereinsmitgliedschaft	? (k. E.)	n.s.
Nachsorge	? (k. E.)	** (posit. E.: regelm. Gespräche)
Nachsorgeinstitution	? (k. E.)	?
Positive Nachsorgebewertung	?	? (posit. E.)
Ambulante Hilfen	? (k. E.)	? (k. E.)
Wohnsituation	? (posit. E.: Betreuung)	?
Schuldenfreiheit	? (posit. E.)	?
Erneute stationäre Behandlung	? (negat. E.)	n.s.
Ambulante Behandlung	? (negat. E.)	n.s.
Wohnungswechsel	n.s.	n.s.
Freizeitverhalten	n.s.	n.s.
Abstinenzverhalten	** posit. E. von Abstinenz	-
Zeitpunkt des 1. Rückfalls	? (k. E.)	-
Konsumfrequenz	? (negat. E.)	-
Suchtmittelpräferenz	n.s. (negat. E.: Drogen, multipler Konsum)	-
Rückfallsituation	n.s.	-
Erneute Straffälligkeit	-	** (negat. E.)
Subjekt. Veränderungsmaße: ...Suchtproblematik	? (posit. E.)	? (posit. E.)
...berufl. Situation	? (posit. E.)	n.s.
...soziale Integration	? (posit. E.)	? (k. E.)
...Persönlichkeit	? (posit. E.)	? (posit. E.)

Anmerkung: n.s. = nicht signifikant; * < .05; ** < .01; *** < .001.

? = keine statistische Absicherung;

(negat. E.) = tendenziell negativer Einfluss, (posit. E.) = tendenziell positiver Einfluss, (k. E.) = tendenziell kein Einfluss;

- = nicht ausgewertet.

Der zweite signifikante Prädiktor für Abstinenz ist eine positive Legalbewährung. Es zeigt sich also, dass Probanden, die nicht straffällig werden, deutlich bessere Chancen

haben; auch in die andere Richtung gilt dies: Wer abstinent leben kann, ist eher vor erneuter Straffälligkeit geschützt.

Andere Items liefern lediglich Hinweise: So scheint eine Partnerschaft / Familie durchaus protektiven Charakter bzgl. des Abstinenzverhaltens zu haben. Auch eine subjektiv wahrgenommene Verbesserung der Suchtproblematik oder der eigenen Persönlichkeitsentwicklung kann sich stärkend auswirken. Römer und Kollegen (2002) können in ihrer nicht forensischen Alkoholikerstichprobe ebenfalls bestätigen, dass zwischen der Höhe der Lebenszufriedenheit und Abstinenz ein positiver Zusammenhang besteht. Auch Schneider und Schulz (1990) beschreiben diese Verbindung.

Alkoholiker, die alleine leben, scheinen etwas stärker gefährdet, wieder suchtmittelrückfällig zu werden als Probanden im Familienverbund. Die Variable Straffälligkeit kann in dieser Subgruppe aufgrund der statistischen Schwierigkeiten nur eine Tendenz aufzeigen: Wer suchtmittelrückfällig ist, läuft eher Gefahr, auch straftatrückfällig zu werden. Probanden, die keine oder kaum eine Verbesserung der Sucht erkennen können, sind häufig nicht in der Lage, abstinent zu leben. Allerdings muss eine tatsächliche Rückfälligkeit nicht immer subjektiv als Versagen oder Rückschritt bewertet werden. Die berufliche Situation wird von Suchtmittelrückfälligen ebenfalls etwas schlechter eingestuft.

Auch bei Drogenabhängigen bestätigt sich, dass Rückfällige durchaus positive Veränderungen seit Entlassung sehen und entsprechend bewerten können. Daher treten in dieser Subgruppe die Unterschiede ebenfalls nicht so deutlich auf wie theoretisch erwartet werden könnte. Das Item stationäre Behandlung scheint bei Drogenabhängigen eher eine bedeutsame Rolle zu spielen: Wer in Behandlung ist, ist häufig auch rückfällig. Nicht statistisch abgesichert bestätigt sich dennoch wiederum der Einfluss der Nachsorge. Zudem zeigt sich, dass Probanden, die sich zufrieden äußern, eher auch abstinent leben können. Das Item Freizeitverhalten ist nur insoweit relevant, dass es gewisse Hinweise auf einen protektiven Faktor „aktive Freizeitgestaltung“ gibt. Signifikant ist auch bei Drogenabhängigen der Zusammenhang zwischen Suchtmittelrückfälligkeit und negativer Legalbewährung.

5.5.6 Probandeninterviews

5.5.6.1 Therapiebewertung

Auch zum Follow-up werden den Probanden die gleichen Fragen bzgl. der Therapiebewertung gestellt wie bei t1. Sie können auf einer dreistufigen Skala angeben, wie sie das

genannte Modul erlebt haben bzw. wie hilfreich dieses aus heutiger Sicht war. Alle Module bis auf zwei Ausnahmen werden vom Großteil der Probanden auch ein Jahr nach Entlassung als hilfreich eingestuft (vgl. Tab. 5.111).

Therapieeinheiten mit Fokus auf Gespräch und Beziehung werden besonders gut bewertet, aber auch Sport- und Arbeitstherapie haben die ehemaligen Patienten positiv in Erinnerung. Schlechter schneiden medizinische Behandlung und die Beschäftigungstherapie ab. Auch die Gruppentherapie fällt etwas ab. In der Bewertung des Stufenprogramms nehmen viele Probanden eher eine neutrale Haltung ein, während die Stationsatmosphäre den größten Anteil an Unzufriedenen verbuchen muss.

Tabelle 5.111: Modulbewertung in (relativen) Häufigkeiten, § 64 StGB Katamnese-patienten (n = 138)

	<i>negativ - Gesamtanteil</i>				<i>neutral - Gesamtanteil</i>				<i>positiv - Gesamtanteil</i>			
	+&+	-&+	+&-	-&-	+&+	-&+	+&-	-&-	+&+	-&+	+&-	-&-
Gruppen- therapie (Missing: 26)	10.7				20.5				68.8			
	10.5	13.2	0.0	6.7	22.8	18.4	0.0	20.0	66.7	38.4	100	73.3
Einzelps- chotherapie (Missing: 25)	8.0				15.0				77.0			
	3.5	7.7	0.0	26.7	19.3	12.8	50.0	0.0	77.2	79.5	50.0	73.3
Sozialpäd. Behandlung (Missing: 25)	3.5				16.8				79.6			
	0.0	7.7	0.0	6.7	14.0	23.1	0.0	13.3	86.0	69.2	100	80.0
Pfleger. Behandlung (Missing: 28)	5.5				20.9				73.6			
	1.9	7.7	0.0	13.3	18.5	23.1	50.0	20.0	79.6	69.2	50.0	66.7
Medizin. Behandlung (Missing: 31)	15.0				25.2				59.8			
	9.1	28.6	0.0	6.7	23.6	20.0	100	33.3	67.3	51.4	0.0	60.0
Pflege- gespräche (Missing: 25)	2.7				16.8				80.5			
	1.8	2.6	0.0	6.7	14.0	17.9	50.0	20.0	84.2	79.5	50.0	73.3
Beschäfti- gungs- therapie (Missing: 25)	22.1				15.0				62.8			
	21.1	20.5	0.0	33.3	10.5	20.5	0.0	20.0	68.4	59.0	100	46.7

	<i>negativ - Gesamtanteil</i>				<i>neutral - Gesamtanteil</i>				<i>positiv – Gesamtanteil</i>			
	<i>+&+</i>	<i>-&+</i>	<i>+&-</i>	<i>-&-</i>	<i>+&+</i>	<i>-&+</i>	<i>+&-</i>	<i>-&-</i>	<i>+&+</i>	<i>-&+</i>	<i>+&-</i>	<i>-&-</i>
Arbeits-	8.0				17.7				74.3			
therapie (Missing: 25)	10.5	5.1	50.0	0.0	15.8	20.5	0.0	20.0	73.7	74.4	50.0	80.0
Sport-	6.6				14.8				78.7			
therapie (Missing: 77)	8.8	5.0		0.0	17.6	5.0		28.6	73.5	90.0		71.4
Freizeit-	12.4				23.9				63.7			
aktivitäten (Missing: 25)	14.0	10.3	0.0	13.3	22.8	30.8	0.0	13.3	63.2	59.0	100	73.3
Stufen-	15.9				38.1				46.0			
programm (Missing: 25)	17.5	20.5	0.0	0.0	31.6	41.0	100	46.7	50.9	38.5	0.0	53.3
Atmosphäre	28.8				37.8				33.3			
auf Station (Missing: 27)	32.7	28.2	50.0	13.3	34.5	46.2	0.0	33.3	32.7	25.6	50.0	53.3

Anmerkung: +&+ = abstinent & straftatfrei (max. n = 60), -&+ = Konsum & straftatfrei (max. n = 45), + & - = abstinent & straffällig (max. n = 2), -&- = Konsum & straffällig (max. n = 24).

Die Subgruppen, eingeteilt nach Erfolg in den beiden Haupteffektivitätsmaßen Abstinenz und Legalbewährung, unterscheiden sich z. T. recht deutlich, allerdings kann aufgrund der geringen Besetzung (gerade die Gruppe abstinent & straffällig ist mit zwei Probanden sehr schwach) keine statistisch abgesicherte Aussage erfolgen. Völlige Versager (Konsum & Straftat) bewerten einige Male besser als Erfolgreiche: Gruppentherapie, Arbeitstherapie, Freizeitaktivitäten und insbesondere Stationsatmosphäre. Auch andere Module werden überwiegend positiv eingestuft: Am deutlichsten die Arbeitstherapie und die sozialpädagogische Behandlung (je 80 %). Eher negativ sehen sie, sehr deutlich auch im Vergleich mit den anderen Subgruppen, die pflegerische Behandlung, die Einzelpsychotherapie und die Beschäftigungstherapie (letztere mit um die 30 % der Nennungen). Eher neutral stehen sie dem Stufenprogramm (über 46 %), der medizinischen Behandlung und der Stationsatmosphäre (je 33 %) gegenüber.

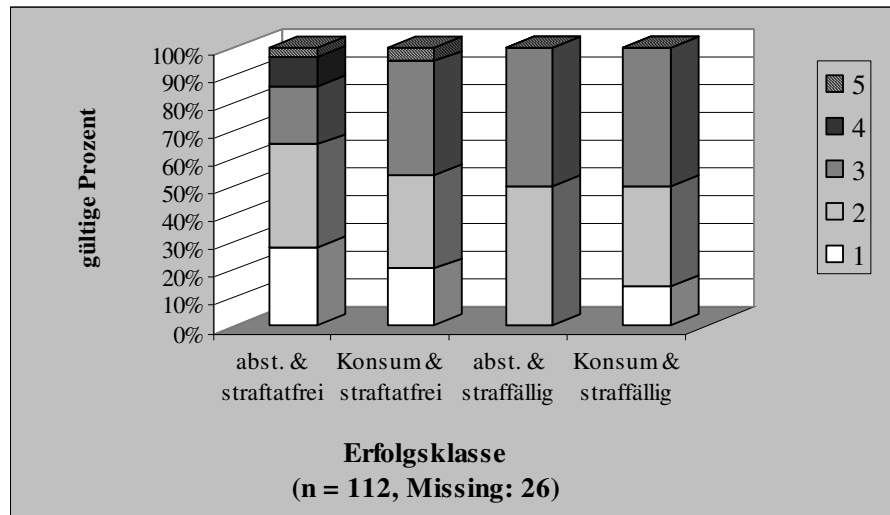
Erfolgreiche dagegen (Abstinent & Straftatfrei) schätzen mit über 85 % die sozialpädagogische Begleitung. Auch Pflegegespräche bzw. die pflegerische Behandlung und die Einzelpsychotherapie kann von vielen Interviewten positiv eingestuft werden. Die Beschäftigungstherapie (über 20 %) – hierbei ähneln sich Versager und Erfolgreiche –

und insbesondere die Stationsatmosphäre (über 30 %) wird negativ in Erinnerung behalten. Eine mittlere Bewertung geben sie v. a. beim Stufenprogramm und wiederum der Stationsatmosphäre ab (je über 30 %).

Änderungen in der Therapiebewertung von t1 zu t2 sind kaum festzustellen: Insgesamt tendieren die Probanden leicht zu einer eher neutral bzw. kritischeren Haltung im Follow-up; verglichen werden nur Probanden, die an beiden Messzeitpunkten an der Studie teilnehmen. Eine Übereinstimmung in der positiven Bewertung finden sich bei über 80 % nur bei: Einzelpsychotherapie, sozialpädagogische Behandlung, pflegerische Behandlung, Pflegegespräche, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, die Übereinstimmung in der positiven Bewertung der Sporttherapie liegt über 90 %. Dagegen können nur knapp 70 % der bei t1 zufriedenen Patienten die Freizeitmaßnahmen auch zu t2 schätzen. Noch deutlicher ist der Bewertungsabfall beim Stufenprogramm: Nur 58.3 % sind zu beiden Befragungszeitpunkten für eine positive Bewertung, 33.3 % der 60 zu t1 positiv Bewertenden wechseln nun zu einer neutralen Haltung und 8.3 % sehen das Programm sogar negativ-kritisch. Sehr klar ist der Wechsel bei der Stationsatmosphäre: Nur 28 Probanden haben diese zu t1 als positiv geschätzt (28.6 %); von diesen können lediglich 53.6 % auch zu t2 eine gute Stationsatmosphäre bestätigen, 25 % sind nun eher neutral und sogar 21.4 % bewerten diese als negativ.

Die Benotung der Therapie (in Schulnoten) zeigt insgesamt eine Verbesserung (vgl. Abb. 5.99): 23.2 % geben nun die Note sehr gut, 35.7 % die Note gut, 32.1 % befriedigend. Nur 5.4 % sind nur für ausreichend und immerhin 3.6 % für mangelhaft (n = 138, Missing: 26).

Eine statistisch bedeutsame Klassendifferenzierung kann nicht erfolgen, dennoch wird in der Abbildung deutlich, dass Erfolgreiche (n = 57) besonders zur Note eins neigen, während Versager (n = 14) mit dieser Note sehr zurückhaltend sind. Je schwieriger der poststationäre Verlauf ist, desto eher tendieren die Betroffenen zu einem mittleren Benotungsbereich. Je die Hälfte der beiden Straffälligen Gruppen (beachte, dass nur zwei Probanden abstinent & straffällig sind) geben die Note drei. Auch 41 % der 39 mit Konsum, aber ohne Straftat geben ein befriedigend. Interessant ist zudem, dass Erfolgreiche durchaus kritisch gegenüber der Therapie sind: 10.5 % vergeben die Note vier, 3.5 % die Note fünf. Im Gegensatz zu t1 sind somit nicht die Versager die kritischeren Probanden, sondern die mit einem guten und weitgehend stabilen Verlauf.



Anmerkung: abst. = abstinert.

Abbildung 5.99: Therapiebenotung (in Schulnoten) und Erfolgsklasse, § 64 StGB Katamnesepatienten (n = 138)

Vergleicht man aber das Antwortverhalten t1 und t2, so muss man wiederum von einer gewissen Inkonsistenz sprechen. 61.5 % der Probanden (n = 13), die zu t1 eine Eins vergeben, tun dies auch zu t2. Je 15.4 % wandern zu Zwei oder Drei ab. Bei den Probanden, die zu t1 eine Zwei vergeben (n = 43) gibt es zwei Richtungen: 27.9 % sehen die Therapie nun als sehr gut an, aber 23.3 % nehmen zu t2 eine kritischere Haltung ein und vergeben die Note drei. Die zu t1 nur im mittleren Maße Zufriedenen (n = 37) bleiben zu 45.9 % dabei. 37.8 % geben nun die Note zwei und sogar 10.8 % die beste Note; ähnlich in eine positivere Richtung, allerdings aufgrund der geringen Subklassenbesetzung in sehr viel geringerem Ausmaß, verhält es sich bei den schlechteren Notenklassen, so dass insgesamt tatsächlich trotz diverser Verschiebungen von einer besseren Benotung als zu t1 gesprochen werden kann.

Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen gibt es kaum. Von 46 Alkoholabhängigen geben 26.1 % die Note eins; dies tun auch 20.9 % der 67 Drogenabhängigen. 63.1 % der Alkoholiker sind für eine gute oder mittlere Benotung (Note zwei oder drei), diese Haltung nehmen sogar 71.6 % der Drogenabhängigen ein.

5.5.6.2 Interview

Die Interviewten werden wieder gebeten zu Profit, Vermisstes, Schwierigkeiten und Verbesserungsvorschlägen Aussagen zu machen. Dieses Angebot wird zahlreich ge-

nutzt. Inhaltlich unterscheiden sich die Angaben zu t1 etwas, so dass erneut ein Codierungsschema entwickelt wird.

Die Aussagen zur Frage: „wovon haben Sie besonders profitiert?“ sind vielfältiger, so dass mehr Kategorien eingeführt werden (vgl. Tab. 5.112). Spitzenreiter sind wiederum Therapiemodule mit Gesprächsfokus. Therapieinhalte, zu t1 noch auf dem zweiten Rang, werden nun nicht mehr genannt, lediglich Information (zu diversen lebenspraktischen Aspekten, aber auch suchttherapeutischen Themata) scheint für Einige ein wichtiger Faktor zu sein. Interessanterweise wird im Katamneseinterview das Gruppenerleben, also auch das Patientenmilieu, von vielen als hilfreich eingestuft; zu t1 rangierte dies auf hinteren Plätzen. Ein weiterer neuer Aspekt ist „Selbsterfahrung“: Etwas über sich erfahren, die eigene Biographie und ihre Verbindungen kennenlernen, aber auch das Erleben des Ichs im sozialen Gefüge sind einige Inhalte. Resozialisierungsmaßnahmen werden sowohl zu t1 als auch t2 als bedeutsam eingestuft. Obwohl häufig kritisiert geben immerhin sieben Probanden an, gerade von der langen Dauer einer MRV-Therapie profitiert zu haben. Auch der Zwangs- bzw. Kontrollcharakter scheint nicht nur negativ zu sein.

Tabelle 5.112: Therapiebewertung: von was profitiert?, § 64 StGB Katamnesepatienten (n = 138)

Wovon haben Sie profitiert?	Häufigkeiten	Rangplatz zu t1
Therapiemodule mit Fokus auf Gespräch und Beziehung	78	1
Gruppenerleben (Erfahrungsaustausch, Modelllernen, Feedback...)	27	5
Selbsterfahrung	24	-
Resozialisierungsmaßnahmen	23	4
Begleitende Therapiemodule mit Beschäftigungscharakter	18	6
Strukturgebende Maßnahmen: Abschirmung, Distanz, Kontrolle etc.	15	3
Team (Beziehungsaspekt)	12	7
Freizeitgestaltung	10	-
Information	9	-
Lockerungen	7	-
Lange Verweildauer	7	-
Umgang mit Regeln und Disziplin	6	-
Deutsch-Lernen	2	-
Gesamt-Nennungen	238	

Übereinstimmend zu beiden Zeitpunkten haben die meisten Probanden ihre Freiheit vermisst (vgl. Tab. 5.113). Dabei ist nicht nur äußere Freiheit, sondern auch Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmtheit gemeint. Neu ist, dass nun Sozialkontakte als fehlend geschätzt werden. Auch die kaum vorhandenen Rückzugsmöglichkeiten, die über eine räumliche Ruhezone hinausgehen, werden nun sehr stark kritisiert. Das Therapiekonzept habe konsequentes Handeln auf der einen Seite, aber auch Flexibilität und die Möglichkeit zur Individualisierung vermissen lassen. Diese Themata werden am ehesten in den Kategorien Therapiemodule und Teamvariablen des ersten Codierungsschemas (t1) angesprochen. Freizeitaktivitäten seien zu spät oder in nicht ausreichender Zahl angeboten worden. Zudem seien die Aktivitäten kaum realitätsnah. Interessanterweise kann kein Proband zu t2 die eigene Person selbstkritisch beleuchten. Dies gelingt zu t1 zumindest einigen Probanden – die allerdings auch meist zu den Abbrechern gehören.

Tabelle 5.113: Therapiebewertung: was vermisst?, § 64 StGB Katamnesepatienten (n = 138)

Was haben Sie vermisst?	Häufigkeiten	Rangplatz zu t1
Freiheit, Eigenverantwortlichkeit	23	1
Familie, Freunde, Sozialkontakte	23	-
Rückzugsmöglichkeiten	18	-
Teamvariablen (Beziehungs-, Behandlungsaspekte)	17	2
Therapiekonzept	16	-
Freizeitaktivitäten	16	-
Patientenmilieu	11	5
Beschäftigung auf Station	8	-
Lockerungen	3	-
Kontrolle, Struktur	1	-
Gesamt-Nennungen	136	

Die Schwierigkeitenliste verändert sich zu t2 sehr deutlich (vgl. Tab. 5.114). Das noch zu t1 am häufigsten genannte Item Teamvariablen rutscht weit nach hinten. Nur in der Aussage, dass sich die Probanden ausgeliefert bzw. willkürlich behandelt gefühlt haben, kommen die erlebten Beziehungsungleichgewichte bereits als vierthäufigste Nennung vor.

Tabelle 5.114: Therapiebewertung: Schwierigkeiten, § 64 StGB Katamnesepatienten (n = 138)

Was fanden Sie unangenehm, wo hatten Sie Schwierigkeiten?	Häufigkeiten	Rangplatz zu t1
Stufenantrag / Forum (öffentliche Auseinandersetzung)	47	8
Patientenmilieu (Sozialverhalten, Gruppenhierarchie)	25	2
Stationsordnung, -ablauf	22	-
Gefühl von Ohnmacht / Willkür	20	-
Einschränkende Maßnahmen	16	5
Offenheit & Ehrlichkeit	15	3
Beginn der Therapie (Eingliederung)	15	4
Therapiemodule (Inhalte, Setting)	14	6
Infrastrukturelle Aspekte	8	7
Teamvariablen (Beziehungsungleichgewicht)	5	1
Abstinenz (Motivation, Transfer in Praxis)	3	12
Gesamt-Nennungen	190	

Viel stärker sind den Probanden Probleme im Stationsalltag in Erinnerung: Stufenanträge, Patientenmilieu, Stationsordnung oder auch einschränkende Maßnahmen wie Lockerungsrücknahme oder weitere Sanktionen.

Die Verbesserungsvorschläge sind teilweise zu t2 differenzierter (vgl. Tab. 5.115).

Tabelle 5.115: Therapiebewertung: Verbesserungsvorschläge, § 64 StGB Katamnesepatienten (n = 138)

Haben Sie Verbesserungsvorschläge?	Häufigkeiten	Rangplatz zu t1
Therapiemodule, Therapieinhalte	28	1
Teamvariablen	22	2
Individualität	16	-
Kontrolle, Struktur, konsequentes Handeln	11	-
Stärkere Eigenverantwortlichkeit	10	-
Infrastrukturelle Aspekte	9	3
Stationskonzeption (Homogenität)	8	5
Realitätskonfrontation	7	-
Stationsklimaverbesserung	7	-
Wahrung der Intimsphäre	3	-
Gesamt-Nennungen	121	

Dem Team wird eine bedeutende Rolle zugeschrieben, die allerdings stark verbesserungsbedürftig sei: Die Probanden fordern Kompetenz, Eingehen auf den Patienten, Ansprechpartner sein. In diese Richtung weist auch der Wunsch nach mehr Eigenverantwortlichkeit. Die Probanden wollen stärker einbezogen und ernstgenommen werden. Dabei kann ein individuelles Therapieprogramm nützlich sein. Explizit fordern einige Probanden, die Stationsatmosphäre zu verbessern, z. B. durch eine bessere Aufteilung bzw. Homogenisierung des Patientenpools, aber auch eine deutlichere Trennung von Motivierten und Nichtmotivierten.

Abschließend gilt auch für die Regensburger Studienteilnehmer die Einschätzung der Probanden einer forensischen Alkoholikerstudie, dass der MRV „eine belastende und persönlich schwierige Zeit“ (Bischoff-Mews, 1998, S. 49) gewesen sei.

6. Diskussion

Dieses Kapitel ist in seinem Aufbau am Ergebnisteil orientiert, um einen hohen Verständnisgrad zu erreichen. Zunächst werden die Probanden getrennt nach Rechtsgrundlage anhand anamnestischer Gesichtspunkte vorgestellt, um anschließend wesentliche Aspekte des Therapieverlaufs forensischer Patienten nachzuzeichnen. Dies mündet in der Frage, wer eine Therapie tatsächlich abschließen und in Freiheit entlassen werden kann und welche Prädiktoren dafür extrahierbar sind. Die Erörterung der subjektiven Aussagen zur Therapie bilden den Abschluss des ersten Teils. Im zweiten Teil werden die Lebensverläufe der entlassenen Probanden skizziert, der Grad der sozialen Integration wie auch der subjektiven Lebenszufriedenheit wird dargestellt, um abschließend auf die beiden Kernaspekte der Erfolgsbeurteilung (Legalbewährung und Abstinenz bzw. psychopathologische Stabilität) näher einzugehen.

Die Problematik der Studie liegt sicherlich an den in einigen Subgruppen geringen Probandenzahlen und den damit eingeschränkten statistischen Möglichkeiten. Auch wäre zur Effektivitätsbestimmung eine Vergleichsgruppe notwendig, die allerdings im MRV bzw. in einer Straftäterstichprobe nicht realisierbar ist (Brand, 2007; Schalast, 2000). So sind die Interpretationen immer auf die untersuchte Klinik zu beziehen. Es ist zudem nicht möglich, aus den Ergebnissen Rückschlüsse auf die Effektivität einzelner Behandlungsmodule zu ziehen. Eine derartige Wirksamkeitsstudie war auch nicht Ziel der Forschungsarbeit. Es lässt sich im forensischen Therapiekontext wie in der Psychotherapieforschung allgemein diskutieren, ob die in der Wirtschaft gebräuchliche Form der Qualitätssicherung übertragbar ist. Die zweite und dritte Säule der Qualitätssicherung, Prozess- und Ergebnisqualität, wird im Gegensatz zur Strukturqualität entscheidend von der therapeutischen Praxis bestimmt. Diese wiederum kann mit der in der empirischen Psychotherapieforschung meist propagierten Methode des experimentellen Gruppenvergleichs nicht abgebildet werden, „sodass ..., die Geltung ihrer Ergebnisse für die psychotherapeutische Praxis, in Frage steht“ (Fischer et al., 2007, S. 454).

Das methodische Vorgehen bietet für die Studienintention einige Vorteile: Durch die Einbettung der Studie in den Klinikalltag gelingt es, ein umfangreiches, nicht selektiertes Bild forensischer Probanden ($N = 805$) zu erfassen. Die Mitarbeiter können häufig detailliertere Angaben machen, als dies bei einem reinen Aktenstudium möglich wäre. Dies betrifft insbesondere die Erfassung der Lebenskontextvariablen mit den beiden Schwerpunkten Legalbewährung und psychische Gesundheit. Fischer und Kollegen

(2007) empfehlen z. B. zur Verbesserung der Prozessqualität diese Studienmethode, die Rückschlüsse auf die konkrete Praxis erlaubt. Nicht zuletzt ist auch die geringe Zahl der Verweigerer auf das methodische Design zurückzuführen: Von 80 bis über 90 % der für die Katamnesebefragung vorgesehenen Probanden können meist direkt Informationen eingeholt werden.

Die direkte Befragung mit Absicherung durch Drittinformationen ohne Reduktion auf einzelne Probandengruppen oder therapeutische Spezialeinrichtungen stellt in dieser Konsequenz ein Novum forensischer Verlaufsstudien dar.

6.1 Anamnestische Aspekte

Forensische Probanden sind häufig massiv vorbelastet und mit geringen Entwicklungschancen ausgestattet. Die schulische und berufliche Qualifikation ist meist niedrig bis unzureichend, das Erkrankungsalter liegt überwiegend im Jugendalter. Entsprechend hoch ist die Anzahl der bereits mehrfach vorbehandelten Patienten. Auch die strafrechtliche Vorbelastung ist nicht unerheblich: 3/4 der psychiatrischen Probanden und über 90 % der Suchtpatienten haben mindestens eine Vorstrafe. Das Ersttatalter liegt bei vielen vor dem 20. Lebensjahr. Während Hafterfahrungen bei der Mehrheit der Suchtkranken eine Rolle spielen, sind psychiatrische Patienten davon eher unbelastet, was auch mit einer häufigeren Anwendung des Schuldunfähigkeitsparagraphen zusammenhängt. Diese anamnestischen Kernaspekte spiegeln das Bild forensischer Klientel wieder, das aus diversen Publikationen bekannt ist (u. a. Gretenkord, 2001; Leygraf, 1988; Schalast, 2000).

Eine Trennung nach Rechtsgrundlage ist geboten, da es wie bereits angedeutet doch einige Verschiedenheiten nicht nur im klinischen, sondern auch im forensischen Bereich gibt.

6.1.1 Psychiatrische Probanden

Psychiatrische Probanden, gemäß § 63 StGB untergebracht, lassen sich diagnostisch (gewertet wird die angegebene Erstdiagnose) in zwei Gruppen aufteilen: Schizophrene und Persönlichkeitsgestörte (häufig handelt es sich um die dissoziale Persönlichkeitsstörung). Komorbid liegen bei etlichen Probanden Suchterkrankungen (meist schädlicher Alkoholmissbrauch), aber auch Persönlichkeitsstörungen und Intelligenzminderung vor. Die enge Verbindung von Alkohol und Delinquenz wird bereits von Leygraf (1988)

beschrieben. Knapp 40 % seiner umfangreichen Stichprobe (N = 1 979) haben Alkohol vor der Deliktbegehung konsumiert; bei 35 % besteht eine Abhängigkeit bzw. Missbrauch. Auch könne Alkoholkonsum während der Unterbringung als Negativfaktor für die Legalprognose gelten. Die diagnostische Verteilung ist in anderen Studien ähnlich, wenn auch nicht immer derart viele persönlichkeitsgestörte Probanden darunter sind (Seifert, 2007). Zu beachten bleibt, dass diese Zusammensetzung von Entlassenen bestimmt wird; über das im Vollzug verbleibende Klientel kann nichts ausgesagt werden. Zu vermuten wäre, dass andere Diagnosegruppen (z. B. Minderbegabte) seltener entlassen werden.

Bei gut 40 % der Probanden ist anlassdeliktisch eine Körperverletzung verzeichnet. Etwa 1/4 bringt mehr als ein Delikt mit. Summiert man alle Delikte mit Gewaltcharakter, fallen 50 % der Anlassdelikte in diese Rubrik bzw. die Hälfte der Probanden sind als Gewalttäter zu bezeichnen. Die Häufung von Straftaten gegen Leib und Leben entspricht der in anderen Studien (Jöckel & Müller-Isberner, 1997; Seifert, 2007). Sexualstraftäter sind in der untersuchten Stichprobe dagegen unterrepräsentiert. Auch in bislang publizierten Studien ist diese Tätergruppe weitaus seltener vertreten, als das öffentliche Bild suggeriert. Eine diagnostische Zuordnung der Deliktart zeigt eine Häufung von Schizophrenen bei den Gewaltdelinquenten. Trotz des hohen Gewaltanteils werden beinahe 50 % nicht parallel zu einer Freiheitsstrafe verurteilt. Dahinter steht meist die Anwendung des § 20 StGB. Vordeliktisch rangiert an erster Stelle ein Betrugs- oder Diebstahldelikt. Allerdings spielen Gewalttaten in der Vorgeschichte ebenfalls eine große Rolle.

Während Schizophrene eher im mittleren Alter (ab 30 Jahren) strafrechtlich auffällig werden, sind Persönlichkeitsgestörte gehäuft bei den Frühdelinquenten (unter 18 Jahren) zu finden. Hieraus könnte man die Verbindung zwischen Delinquenz und Erkrankung ableiten, da Psychosekranken nicht nur später kriminell werden, sondern auch ein höheres Erkrankungsalter als andere haben. Leygraf (1988) diskutiert die Frage „krank oder kriminell“ und kommt zu dem Schluss, dass viele soziodemographische Parameter eine stärkere Ähnlichkeit mit Strafgefangenen als nicht forensischen Kranken aufzeigen würden. Delinquenz und seelische Erkrankung wären demnach parallele Entwicklungen, die allerdings durchaus gemeinsame Entstehungsbedingungen aufweisen. Jöckel und Müller-Isberner (1997, S. 393) sprechen etwas abschwächend davon, dass Delinquenz „auch auf gesteuertes und gewolltes Verhalten“ zurückzuführen sei. Sie betonen

daher, dass Wertesysteme, prokriminelle Einstellungen und dissoziale Persönlichkeitsmerkmale in der Prognosepraxis und Therapie stärker berücksichtigt werden müssen.

6.1.2 Suchtkranke und vorläufig Untergebrachte

Eine ähnliche Diskussion um die Symptomatizität der Delinquenz wird seit vielen Jahren gerade bei forensischen Suchtkranken geführt (Schalast, 2000). Schalast resümiert, dass der § 64 StGB eigentlich für Patienten definiert ist, deren Delinquenz im engen Zusammenhang mit einer Suchterkrankung steht, also Folge dieser ist. Er nennt sie „kriminelle Süchtige“ (a. a. O., S. 128). Davon zu trennen sind „süchtige Kriminelle“, die aber den Großteil der MRV-Klientel ausmachen. In seiner Studie sind es beinahe 90 % der Probanden, die früh kriminell werden und auch bereits als Jugendliche Suchtmittelkonsumenten sind. Allerdings scheinen diese Entwicklungen eher parallel zu verlaufen; sie sind „Ausdruck der zugrundeliegenden Persönlichkeitsproblematik“ (a. a. O.).

Auch in der vorliegenden Studie können diese Entwicklungsverläufe bei den meisten Probanden nachgezeichnet werden: Es dominieren männliche Probanden mit jungem Erkrankungsalter unter 18 Jahren. Beinahe alle Probanden sind vorbestraft – Alkoholiker etwas häufiger als die im Schnitt etwas jüngeren Drogenabhängigen. Das Ersttatalter liegt bei über 40 % unter 18 Jahren. Drogenabhängige sind signifikant jünger bei Beginn ihrer kriminellen Karriere als Alkoholiker. Knapp 70 % der Stichprobe stellen Drogenabhängige; gerade diese erhalten häufig eine weitere Diagnose. Insgesamt wird bei etwa 50 % mindestens eine weitere Diagnose aufgelistet, meist aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Trotz des frühen Manifestationsalters werden über 50 % nie stationär vorbehandelt. Wenn doch, verlaufen diese ersten Erfahrungen eher negativ. Insbesondere Drogenabhängige scheinen einige Anläufe zu brauchen, um eine Therapie erfolgreich abschließen zu können. Sie sind auch weniger gut in der Lage, abstinente Zeiten einzulegen und über einen längeren Zeitraum zu halten. Die anamnестischen Angaben spiegeln allgemein bekannte Aspekte von Suchtpatienten wieder, die sich „durch emotionale Isolation und gescheiterte Sozialisationsprozesse auszeichnen“ (Pota, 2007, S. 317). Die besonderen Schwierigkeiten der häufig jungen Drogenabhängigen in der Therapie sind u. a. Ausdruck dieser problematischen Entwicklungsbedingungen. Pota kann hinter der oft demonstrativ gezeigten Ablehnung und „Widerspenstigkeit“ (a. a. O., S. 317) die Suche nach Schutz und Anbindung bei gleichzeitiger Furcht vor Enttäuschung und wiederkehrender Verletzung sehen.

Im Bereich des § 64 StGB überwiegen BtM-Straftaten, häufig kombiniert mit anderen Delikten; Gewaltdelikte sind deutlich geringer vertreten als bei psychiatrischen Probanden. Am ehesten kommen Alkoholranke als Gewalttäter in Frage (knapp 40 %). Drogenabhängige sind insgesamt in der Schwere ihrer Delikte etwas zurückhaltender als Alkoholabhängige, die zudem eine größere Bandbreite aufweisen. Auch in der forensischen Vorgeschichte lässt sich diese unterschiedliche Entwicklung erkennen; d. h. es kann sowohl in der Vordelinquenz als auch beim Anlassdelikt ein charakteristisches Muster nachgezeichnet werden. Interessanterweise werden Drogenabhängige mit höheren Freiheitsstrafen beim Index-Delikt belegt, obwohl sie seltener mit Gewalttaten auffallen. Dies kann auf eine strenge Bewertung von BtM-Delikten an bayerischen Gerichten zurückzuführen sein.

Eine besondere Gruppe bei Suchtkranken sind Migranten. In der vorliegenden Stichprobe machen sie 30 % aus. Beinahe 70 % von ihnen kommen aus den ehemaligen GUS-Staaten. Überwiegend sind sie drogenabhängig. Gerade von jugendlichen Aussiedlern ist bekannt, dass der Anteil an Intensivtätern erhöht ist (Bliesener, 2003). Ihre besonderen Integrationshindernisse scheinen sich zu einem Risiko zu kumulieren: Sie sind meist gegen ihren Willen in Deutschland, haben das gewohnte kulturelle Umfeld verlassen müssen und sind mit überzogenen Erwartungen eingereist. Die Sprachdefizite erschweren die schulische und berufliche Ausbildung, sie scheitern häufig und orientieren sich zunehmend an Subgruppen mit devianten Wertesystemen und Verhaltensmustern.

Um einen Überblick über das gesamte forensische Klientel zu bekommen, werden auch vorläufig Untergebrachte untersucht. Allerdings steht für diese Subgruppe kaum Vergleichsliteratur zur Verfügung. Sie ähneln in vielen anamnestischen Gesichtspunkten der § 64 StGB-Klientel: Auch hier ist der Migrantenanteil mit 30 % nicht gerade klein, Schul- und Berufsausbildung ist von niedrigem Niveau mit geringer Qualifikation. Meist handelt es sich um Suchtkranke mit einem ebenfalls frühen Erkrankungsalter, aber wenig therapeutischen Vorbehandlungen. Allerdings sind die vorläufig Untergebrachten in diesem Punkt etwas erfolgreicher, da mehr Probanden eine begonnene Therapie auch abschließen können. Dies könnte ein Argument für die aktuelle vorläufige Unterbringungsanordnung sein, da eine erfolgreiche Therapie zumindest möglich erscheint. Forensisch unterscheiden sich die beiden Gruppen kaum, auch wenn § 126 a StPO-Probanden tendenziell etwas weniger vorstrafenbelastet sind.

Eine Differenzierung nach Rechtsgrundlage ist somit angesichts der Unterschiedlichkeit der Ergebnisse aus der Anamnese geboten. Gerade § 63 und § 64 StGB-Probanden unterscheiden sich deutlich, während vorläufig Untergebrachte mehr Überschneidungen mit § 64 StGB-Patienten haben. Abgesehen von diagnostischen Verschiedenheiten sind psychiatrische Probanden noch etwas stärker von Entwicklungsdefiziten betroffen, sie sind häufiger mit schweren Delikten auffällig. Die Verbindung zwischen Delinquenz und Krankheit wird etwas deutlicher. Suchtkranke dagegen, dabei insbesondere die Drogenabhängigen, sind meist früh auffällige Probanden, deren kriminelle Entwicklung eher parallel zur Suchtentwicklung verläuft. Hervorstechend ist die bisherige therapeutische Unerreichbarkeit. Eine Differenzierung innerhalb der Suchtgruppe nach Suchtmitteln ist ebenfalls lohnenswert, da sowohl bzgl. der forensischen wie klinischen oder biographischen Anamnese einige Unterschiede erkennbar sind.

6.2 Therapeutische Aspekte

Die Studie untersucht nur Probanden, deren Therapie in welcher Weise auch immer zu einem Abschluss gebracht wird; d. h. Aussagen über das im MRV verbleibende Klientel können wie bereits erwähnt nicht getroffen werden. Das ist insbesondere bei psychiatrischen Probanden zu beachten, da diese Rechtsgrundlage keine zeitliche Therapiebegrenzung vorsieht, also ein gewisser Teil, mit u. U. sehr geringen Entlassaussichten und abweichenden Merkmalen, im MRV verbleiben muss.

6.2.1 Psychiatrische Probanden

Das Alter bei Aufnahme ist bei psychiatrischen Probanden etwas höher als bei Suchtkranken. Schizophrene wiederum sind meist etwas älter als Persönlichkeitsgestörte. Während diese Verteilung auch aus anderen Studien bekannt ist, liegt die mittlere Therapiedauer (bis zur bedingten Entlassung) mit 4,5 Jahren unter der anderer Studien (Leygraf, 1988; Seifert et al., 2001). Gerade Minderbegabte tun sich im Therapiefortschritt schwer, auch Schizophrene sind vergleichsweise länger im MRV. Hier scheinen zum einen therapeutische Probleme oder aber wie Leygraf (1988) vermutet, Bedenken auf juristischer Seite zu bestehen. Ein Zusammenhang zwischen Diagnose, Deliktsschwere und Therapiedauer kann ebenfalls als Erklärung herangezogen werden. Während der Unterbringung kommt es, wie auch aus anderen Studien bekannt (u. a. Greden et al., 2001; Thier, 1990), aber in der Öffentlichkeit meist wenig wahrgenommen, selten

zu ernsthaften Zwischenfällen, die meisten Probanden zeigen sich angepasst. Gefährdet sind Persönlichkeitsgestörte, Jüngere, familiär Ungebundene und gewaltlose Eigentums- bzw. Gewalttäter. In der Therapie allerdings beschreiben die Therapeuten bei etwa 50 % (häufig bei Minderbegabten oder Persönlichkeitsgestörten) Behandlungsprobleme motivationaler Art, aber auch Aggression oder Agieren auf Station etc. Es zeichnet sich ab, dass Schizophrene deutlich weniger problematisch erlebt werden als andere Diagnosegruppen. Dies spiegelt sich in der Einschätzung des Behandlungsergebnisses wieder.

Die Therapeuten sind insgesamt davon überzeugt, dass sie nur die Probanden zur bedingten Entlassung vorschlagen, die eine zumindest ansatzweise gute Entwicklung gezeigt haben. Dies gilt für Probanden aller Diagnosegruppen, also auch für die meist kritisch bewerteten Persönlichkeitsgestörten. Allerdings hat diese Diagnoseklasse geringere Chancen auf eine bedingte Entlassung als Schizophrene. Sie bekommen etwas schlechtere Bewertungen und sind in der Gruppe der bedingt Entlassenen angesichts ihrer Ausgangsgröße anteilmäßig weniger zahlreich vertreten. Es bestätigt sich wiederum, dass gerade für Psychotiker, eher angepasst und unauffällig im Therapiealltag, gute Konzepte zur Verfügung stehen, die sich auch positiv auf die Entlasschancen auswirken. Auch ein zunehmendes Alter spricht eher für eine Entlassung.

Extramurale Angebote (Wohnen aber auch Arbeiten betreffend) sind von großer Bedeutung; nur wenige Probanden (unter 1/3) leben selbständig und können auf dem ersten Arbeitsmarkt arbeiten. Damit im Zusammenhang steht auch der große Anteil von Probanden mit gesetzlich bestimmter Betreuung. Davon sind Persönlichkeitsgestörte weniger häufig betroffen. Der Familienstand bei Entlassung verweist auf die Kontaktschwierigkeiten, die sich auch aus der langjährigen Unterbringung ergeben können: Über 60 % sind alleinstehend. Hier gelingt es Persönlichkeitsgestörten wiederum am besten, (Partner-) Kontakte zu halten oder zu knüpfen. Die Situation bei Entlassung ist bei vielen Probanden nicht optimal, aber wohl häufig auch nicht verbesserbar. Psychiatrische Patienten sind nach der MRV-Therapie auf mehr oder weniger Hilfe angewiesen, ihre schlechten (beruflichen) Ausgangsbedingungen können während der Therapie kaum entscheidend positiv korrigiert werden. Hier hat sich in den Jahren wenig verändert; Ritzel muss schon 1978 feststellen, dass 3/4 auf Rehabilitationsmaßnahmen, Betreuung u. ä. angewiesen sind. Je kürzer ein Proband in Behandlung und je jünger das Entlassalter sei, so Ritzel (a. a. O.), desto höher seien die Fähigkeiten zur Selbständigkeit. Diese Aussage kann man in der vorliegenden Stichprobe am ehesten bei Persönlichkeitsgestörten nachvollziehen.

6.2.2 Suchtkranke und vorläufig Untergebrachte

Suchtkranke und insbesondere vorläufig Untergebrachte sind zu über 50 % unter 30 Jahre alt, wenn sie zur Aufnahme kommen. Frauen sind deutlich unterrepräsentiert. Auch in allgemeinen Straftäterpopulationen ist dies so (Groß, 2004). Die Therapie dauert durchschnittlich 1 1/2 Jahre und liegt damit etwas über dem Schnitt anderer Studien (u. a. Gerl, 2000; Seifert & Leygraf, 1999). Gewalttäter (Index-Delikt) bzw. Suchtmittelrückfällige haben deutlich längere Therapiezeiten als andere. Während Letzteres aus dem Therapiekonzept heraus erklärbar ist (ein Rückfall führt zu einem Therapiestillstand), müssen hinter dem Negativfaktor Gewalttat andere Erklärungsmuster liegen. Zum einen wäre denkbar, dass Gewalttäter mit höheren Freiheitsstrafen belegt werden und dies eine MRV-Unterbringung entsprechend verlängern würde. Dies ist aber nicht der Fall; im Gegenteil, Gewalttäter haben signifikant kürzere Haftstrafen als z. B. BtM-Täter. Zum anderen können bei Therapeuten, aber auch Gutachtern Ressentiments (u. U. auf einer kritischeren öffentlichen Haltung dieser Personengruppe gegenüber beruhend) bzgl. einer Entlassung von Gewalttätern vorliegen, so dass eine Entlassung eher zu einem späteren Zeitpunkt angestrengt wird.

Zwischenfälle kommen insbesondere in Form von Suchtmittelrückfällen vor. Wie in anderen Studien auch sind es v. a. Drogenabhängige (dies gilt auch für vorläufig Untergebrachte), die sich schwer mit der Abstinenz tun. Bei dieser Gruppe wird sogar diskutiert, ob der Zwangscharakter der Therapie die Betroffenen provoziert, verborgene Konsum-Wege zu finden; Drogenabhängige scheinen dazu zu neigen, Verbote z. T. auf sehr erfinderische und kreative Art zu umgehen und auch darin eine Art „Kickerleben“ zu suchen. Nicht zuletzt wegen dieser Überlegungen führen Rückfälle nicht mehr automatisch zu Therapieabbrüchen. Sie werden vielmehr als Rezidiv der Suchterkrankung und damit Aufforderung zur verstärkten Therapiebemühung akzeptiert. Trotz allem bleibt es schwierig, im MRV den geeigneten Umgang damit zu finden. Schalast (2000, S. 145) bezweifelt den Sinn von Fremdkontrolle, „weil es den Patienten zum Gegenagieren herausfordert“. Und dennoch müssen gerade in den ersten Monaten Schutzräume geschaffen werden, um einen Abstand zu Drogen und Alkohol zu gewinnen. Aber auch die therapeutische Fokussierung von Gefährdungsmomenten und Konsumwünschen muss in den Anfangszeiten ihren Platz haben.

Suchtmittelrückfälle bleiben bei aller wissenschaftlich begründbaren Neubewertung dennoch auch Ausdruck einer zumindest ambivalenten Abstinenzmotivation. Daher sind sie als Prädiktor eines Therapieabbruchs durchaus von Bedeutung, wie auch andere

Zwischenfälle: Tötlichkeiten, Straftaten, Entweichungen. Weitere Schwierigkeiten in der Therapie dagegen wie motivationale Defizite, Aggression etc., führen nicht unbedingt zum Therapieabbruch, sondern werden als therapieimmanent verstanden. Sie sind sogar als Ausdruck des Prozesses von Idealisierung und Entwertung mit dem Ziel, eine sichere Basis für die Reifung der Persönlichkeit zu schaffen, erwünscht (Pota, 2007). Bei vorläufig Untergebrachten ist dies etwas anders: Sie fallen mit mehr Problemnennungen auf; häufiger führen die Schwierigkeiten auch zu einem Therapieende.

Bei § 64 StGB-Alkoholikern beschreiben viele Therapeuten deutliche Probleme, die eine Therapie zwar erschweren, aber in diesem Fall nicht zwangsläufig scheitern lassen. Gerl (2000) spricht sogar von einem Ungleichgewicht in der Akzeptanz: Er habe beobachtet, dass Alkoholikern mit mehr Toleranz begegnet werde, während bei Drogenabhängigen schneller und kompromissloser die Therapie abgebrochen werde. Dies kann in der Regensburger Studie zumindest mit den Abbruchzahlen nicht bestätigt werden.

Dagegen sind andere Auffälligkeiten von Abbrechern (insgesamt knapp 50 %) zu erwähnen: Jugendliches Ersttataler, niedriges Intelligenzniveau, schlechte Schul- und Berufsbildung, Anzahl und negativer Verlauf der therapeutischen Vorerfahrungen, familiäre Bindungslosigkeit, Zwischenfälle und massive Behandlungsprobleme in der Therapie. Gerade die negativen (Therapie-) Erfahrungen spielen eine große Rolle; Schallast (2000, S. 132) stellt in seiner Motivationsstudie heraus, dass diese Patienten schlechte Chancen auf einen guten Therapieverlauf im MRV haben; zu sehr scheinen die Erlebnisse prägend gewesen zu sein und eher zu „*resignativem Trotz*“ als zu einer zuversichtlichen Mitarbeitsmotivation zu führen. Ebenso auffällig ist der höhere Anteil an GUS-Migranten. Hier können die kulturell unterschiedlichen Krankheitskonzepte, die die Compliance erschweren, als Erklärung herangezogen werden (Reichelt, 2004). Aber auch Sprachdefizite und die damit verbundenen Gefühle des Ausgeschlossenenseins, der Abgrenzung, das sich Zuwenden an eine Subkultur (gerade bei Drogenabhängigen auf Station oft deutlich beobachtbar) sind bedeutsame Faktoren, die bei der Therapie von häufig jungen Migranten stärker beachtet werden müssen. Hier trifft zumindest in Ansätzen zu, was aus dem Jugendstrafvollzug bekannt ist: Je nach Erleben des Anstaltsklimas kann eine normative Orientierung gelingen, auch wenn nur geringe Veränderungen im Bereich der sozialen Einstellung und Aggressivität möglich scheinen. Darüber hinaus spielen Mitinsassen eine immense Rolle als Verhaltenskorrektiv. Greve und Hosser (2002) ziehen den Schluss, dass die „Schaffung eines sozialen Alltags-, Übungs- und Experimentierraumes zum Erlernen sozialer Kompetenzen und Spielregeln“

(a. a. O., S. 502) von großer Bedeutung ist. Schalast (2000) betont, dass es gerade in den Anfangsphasen gelingen muss, den Patienten einzubinden, ihm Perspektiven zu geben und eine individuelle Therapiegestaltung zuzulassen. Er fordert eine stärkere Strukturierung und Individualisierung.

Werden die Probanden bedingt entlassen, sind sie nach Einschätzung der Therapeuten überwiegend gut erreicht worden und lassen positive Veränderungen erkennen. Ob diese Einschätzungen als prognostisch relevante Aussagen Gültigkeit haben, mag bezweifelt werden. Schalast (2000) fragt in seiner Studie die Mitarbeiter nach ihren Sucht- und Sozialprognosen (bei einjähriger Behandlungszeit) und erhält deutlich skeptischere Ergebnisse: Bei 1/5 werden gute Prognosen gestellt; nur auf die Kriminalprognose bezogen werden bei 30 % der (noch nicht entlassenen) Klientel eher günstige Prognosen gestellt. Bei vorläufig Untergebrachten, die meist nur kurze Zeit in Therapie sind, fallen die Einschätzungen der Regensburger Therapeuten vorsichtig bis kritisch aus. Das Einstufen von Behandlungsergebnissen ist somit nicht unbedingt mit einer prognostischen Aussage gleichzusetzen, deren Validität anhand katamnestischer Untersuchungen zudem noch belegt werden muss.

Bei Entlassung spielen extramurale Angebote eine sehr viel geringere Rolle als bei psychiatrischen Probanden. Einzig der Bewährungshelfer und die gerichtlich auferlegte Nachsorgestelle begleiten die Probanden weiter. Die soziale Integration gelingt gerade bei Drogenabhängigen, bei Alkoholkranken in Abstufungen, weitaus besser als bei psychiatrischen Probanden: Weit über die Hälfte kann einer Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nachgehen, die Patienten beziehen eigene Wohnungen oder leben mit ihren Familien. Eine Partnerschaft haben häufig junge Probanden allerdings kaum. Auch Kinderlosigkeit ist bei über der Hälfte ein Merkmal. Kontakte zu Freunden oder Familie bestehen auch nach der MRV-Therapie dennoch bei vielen, insbesondere bei Drogenabhängigen. Hier kommen sicherlich im Vergleich zum psychiatrischen MRV kürzere Verweildauern, aber auch stärkere Bindungskompetenzen zum Tragen. Problematisch bleibt die Gestaltung der Freizeit, die wenig Aktivität und Struktur erkennen lässt. Bei vorläufig Untergebrachten dagegen ist die Organisation der poststationären Zeit eher spärlich, meist ist weder der Bewährungshelfer bekannt, geschweige denn eine Arbeitsstelle gefunden. Auch bleiben viele ohne Sozialkontakte.

6.2.3 Zufriedenheitsmaße bei Entlassung

Psychiatrische Probanden schätzen den Einzelkontakt sehr, auch die Gruppentherapie ist ein von Probanden als hilfreich eingestuftes Modul. Sie können den Therapieinhalten einiges abgewinnen. Dagegen scheinen Probanden in der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie eher überfordert zu sein bzw. sie kritisieren die monotone Aufgabenstellung über die Jahre der Behandlung hinweg. Eine ablehnendere Haltung nehmen sie insbesondere beim Stufenprogramm und der Stationsatmosphäre ein. Das Patientenmilieu scheint ein besonderer Negativfaktor zu sein. Sehr problematisch sei der Verlust der Freiheit (auch i. S. von Selbstbestimmung). Sie erleben das Eingesperrtsein, aber auch die fehlenden Rückzugsmöglichkeiten bzw. Privatsphäre als Belastung. Beziehung als bedeutsamer Faktor in der Therapie ist zweiseitig zu verstehen: Kontakt zum Team (Halt finden, Ansprechpartner haben etc.), aber auch zu Mitpatienten (Modelllernen, Gesprächspartner etc.). Insgesamt sind die Regensburger Patienten deutlich zufriedener mit dem Erlebten als dies in der Ritzel'schen Studie von 1978 berichtet wird, in der noch von 50 % angegeben wird, keine Hilfe erlebt zu haben. Gerade der mangelnde Teamkontakt wurde damals als negativ beschrieben.

Die Aussagen von Suchtkranken sind z. T. etwas differenzierter, aber in den Kernaussagen vergleichbar. Der vermutete Unterschied zwischen Abbrechern und Erfolgreiche lässt sich nicht bestätigen; d. h. auch Probanden mit negativen Therapieverläufen sind in der Lage, das persönliche Scheitern nicht unkritisch auf die therapeutischen Umstände zu delegieren und die eigene Verantwortung zu negieren. Allgemein betonen Suchtkranke wie auch psychiatrische Probanden die Bedeutung von Modulen mit Gesprächs- und Beziehungscharakter, aber zudem Angebote, die den Alltag strukturieren. Insgesamt scheinen die Probanden – und dies relativ unabhängig vom erreichten Erfolg der Therapie – eher zufrieden zu sein. Sie haben die Therapieinhalte als sinnvoll erlebt, fühlen sich überwiegend – auch dank reglementierender, strukturierender Erfahrungen – gut auf ein Leben außerhalb des MRV vorbereitet. Allerdings benennen sie auch einige Problemfelder: Freiheitsverlust, Einhalten von Regeln, Gefühle von Ohnmacht dem Team gegenüber bzw. Distanzierungsstreben gerade auf Seiten des Pflegeteams, geringe therapeutische Intensität, schwieriges Patientenmilieu. Diese Bewertungen kann auch Schalast (2000) z. T. bestätigen. Obwohl in einer Zwangsunterbringung, gelingt es den Patienten, die Anstrengungen des Teams wahrzunehmen und sich auf die Beziehung einzulassen. Dies ist umso wichtiger, da gerade die Entwicklung der Beziehungsfähigkeit eine wichtige Basis für ein stabilisiertes Leben ist (Pota, 2007). Problematisch

scheint aber auch in der Schalast-Studie das Erleben der Mitpatienten. Dabei spielt nach Meinung des Autors der Zwangsrahmen eine bestimmend-negative Rolle: „Die Patienten motivieren sich nicht wechselseitig, mit den Behandlungsteams zusammenzuarbeiten. Von der Gruppendynamik ... gehen Wirkungen aus, die therapeutisch eher unerwünscht sind“ (Schalast, 2000, S. 149). In Strafvollzugsstudien wird in diesem Zusammenhang von Prisonisierungseffekten gesprochen, die einen Behandlungserfolg negativ beeinflussen (Bosold et al., 2007).

Und dennoch betonen die Aussagen die Notwendigkeit einer therapeutischen Gemeinschaft (Schalast, 2000). Damit ist auf Teamseite eine haltende Funktion gemeint, die nicht allein mit einem stärkeren Personalschlüssel zu erreichen ist, sondern insbesondere durch ein mehr an Team-Patient-Kontakten durch klare Strukturierung der Therapie mit Spezifizierung von Betreuungsaufgaben. Aber auch Förderung des Zusammenhaltes der Patienten ist ein Baustein: Stärkerer Einbezug der Patienten bei der Integration neuer Patienten, deutlichere Betonung von Gruppenaktivitäten, gemeinsamen Tagesabläufen etc. Nicht zuletzt hebt Schalast die erlebte Sicherheit als Aspekt der therapeutischen Gemeinschaft hervor, die durch Trennung einer geschlossenen Eingangs- und Motivationsstufe von offeneren Therapiestufen erreichbar scheint. Insbesondere eine Reduktion von heimlichem Suchtmittelkonsum muss erreicht werden, da sich dies sehr destruktiv auswirkt. Auch das Regelwerk muss nachvollziehbar und verständlich sein, um nicht als Druckmittel mit repressivem Charakter missverstanden und bekämpft zu werden. Die Motivationsstudie von Schalast betont die Bedeutung positiver Aspekte in der Behandlung, die eine deutliche Stärkung erfahren müssen.

6.3 Katamnese

Auch die katamnestische Untersuchung weist deutlich differierende Verläufe bei psychiatrischen und suchtkranken Probanden auf. Ebenso unterscheidet sich die Legalbewährungsquote nach mindestens einem Jahr: Bei psychiatrischen Probanden liegt sie bei maximal 89 % (obere Schätzgrenze), bei Suchtkranken bei maximal 81 % (obere Schätzgrenze). Im Vergleich dazu kann die bundesweite, allgemeine Rückfallstatistik einen positiven Bewährungsverlauf bei 55 % festhalten (Jehle, 2003).

Erfreulich ist der hohe Rücklauf (83.9 %), der, obwohl eine direkte Befragung der Probanden und kein Aktenstudium oder eine Bewährungshelferbefragung als Datenerhebungsmethode gewählt wurde, aufgrund der bisherigen Erfahrungen in diesem Aus-

maß nicht erwartet werden konnte. Bischoff-Mews (1998) kann nur eine Rücklaufquote von 17 % erreichen, auch bei Ritzel (1978) sind lediglich 33 % bereit, ein Interview zu führen. Letztendlich bestätigen die Zahlen aber die Bemühungen der Mitarbeiter, die Probanden zu kontaktieren und zu motivieren. U. U. lassen sie zudem einen Rückschluss auf die Qualität des Team-Patienten-Kontaktes in der Regensburger Klinik zu. Auch wenn allgemein, insbesondere bei Evaluationsstudien, die externe Begleitforschung einer internen vorgezogen wird, kann die personelle und organisatorische Integration der vorliegenden Studie in den Klinikalltag entscheidende Vorteile bzgl. der Motivation der Mitarbeiter bieten. Brand (2007) muss feststellen, dass therapeutische Einrichtungen häufig nicht bereit sind, die von einer externen Stelle angeforderten Informationen zu geben. Er spricht von einer „Forschungsabwehr“ (a. a. O., S. 199) gegenüber externen Forschungsgruppen, die u. a. mit einem Zweifeln an der therapeutischen Kompetenz der Forscher begründet wird.

6.3.1 Psychiatrische Probanden

Die ehemaligen psychiatrischen Probanden sind weniger allgemein sozial, denn institutionell integriert; d. h. extramurale Einrichtungen spielen eine große Rolle. Auch Thier (1990) sieht die Schwierigkeiten der ehemaligen Patienten, außerhalb von Institutionen zu leben: Zu negativ sei die öffentliche Einstellung, die Patienten würden auf zuviel Distanz und Ablehnung treffen (Thier spricht von der doppelten Stigmatisierung als krank und kriminell) und schließlich erschwert die eigene psychische Störung ein Wiedereinleben in die Gesellschaft. Auch Regensburger Probanden leben nur etwa zu 1/3 alleine oder in der Familie, beinahe die Hälfte ist geschützt beschäftigt. Soziale Kontakte sind häufig auf die Familie beschränkt, Partnerbeziehungen gibt es gerade bei Psychosekranken kaum. Dabei wäre es für die Legalbewährung und den Krankheitsverlauf positiv, wenn eine soziale Neuorientierung gerade im Kontaktbereich gelänge. Insbesondere langjährige Freundschaften spielen nicht immer eine protektiv wirkende Rolle. Auch ein unreflektierter Familienkontakt, der gerade bei chronifizierten Psychosekranken häufig von erheblichen Schwierigkeiten begleitet ist, kann sich nicht nur als Stabilitäts-, sondern auch als Risikofaktor herausstellen. Dagegen zeichnet sich durchaus ein positiver Einfluss von (neu eingegangenen) Partnerschaften ab.

Obwohl es nicht gelingt, statistisch abgesicherte Verlaufsprädiktoren zu extrahieren, können die Ergebnisse zumindest Hinweise liefern. Meist stehen sie in Übereinstimmung mit anderen Studien: Gewalttäter scheinen eher gefährdet, erneut straffällig zu

werden, ebenso Persönlichkeitsgestörte oder auch Schizophrene. Groß (2004) kann in seiner Übersichtsarbeit internationaler Straftäterstudien darlegen, dass auch allgemein die Rezidivrate bei Gewalttätern erheblich ist. Wer bei Aufnahme in den MRV jung ist, hat weniger Legalbewährungschancen. Diese Verbindung zwischen Alter und Legalbewährung wird in vielen Studien bestätigt (Gretenkord, 2001; Seifert et al., 2003; Thornberry & Jacoby, 1979). Auch gilt in allgemeinen Straftäterpopulationen ein höheres Entlassalter als protektiv (Groß, 2004). Hintergrund kann eine geringere Fähigkeit zur Selbständigkeit und damit ein höherer Betreuungsgrad mit protektiver Wirkung bei älteren Probanden sein. Aber auch Abschreckung durch das bisher Erlebte ist als Erklärung denkbar. In diese Richtung kann man bei der Frage diskutieren, warum sich das Fehlen einer Freiheitsstrafe beim Anlassdelikt, eine geringe Vorstrafenquote oder kaum vorhandene Hafterfahrung (und dies, obwohl der Proband bereits als Jugendlicher kriminell wurde) langfristig eher negativ auswirkt.

Interessanterweise spielt zwar die Anzahl therapeutischer Vorversuche, aber nicht Behandlungsprobleme während der jüngsten MRV-Therapie im katamnestischen Kontext eine (negative) Rolle. Auch die therapeutische Einschätzung zum Behandlungsergebnis kann nur den aktuellen Stand beschreiben, bleibt aber ohne prognostische Relevanz. Hier kann die Kritik von Gretenkord (2001) bzgl. der Kriteriumsreduktion auf Anpassungsleistungen bei üblichen prognostischen Aussagen im Klinikalltag greifen. Einschränkend muss allerdings erwähnt werden, dass beide Items einen Definitionsspielraum lassen; die Beantwortung somit stark vom Therapeuten und seinen subjektiven Bewertungen abhängt. In diesem Zusammenhang wäre ein Vergleich der Therapeuteinschätzungen interessant. Dennoch weist das Ergebnis auf die in jüngerer Zeit auch wissenschaftlich erkannte Bedeutung von Kontextvariablen hin. Seifert (2007) betont, dass aktuelle Lebensumstände stärker beachtet werden müssen als z. B. die kriminelle Vorbelastung. Die Relevanz einer guten (sozialen) Einbettung zeigt sich immer wieder (Seifert, 2007; Thier, 1990). Allerdings bedeutet dies – wie bereits erwähnt – für psychiatrische Probanden v. a. eine Integration in extramurale (Hilfs-) Dienste; eine selbständige Lebensführung bleibt dagegen kritisch, wie es Ritzel bereits 1978 anmerkt. Die Anbindung an die Klinik im Rahmen der gerichtlich auferlegten Nachsorge reicht nicht aus, um eine protektive Wirkung zu entfalten. Hier kann die aktuell diskutierte und allgemein betonte Bedeutung der Nachsorge nicht unbedingt bestätigt werden. Gelingt dagegen eine intensive, engmaschige Betreuung mit Vernetzung verschiedener Angebote, „so dass Stressoren eliminiert werden können, die ebenfalls nachweislich das Auftre-

ten neuer Aggression und Delinquenz begünstigen“ (Lincoln et al., 2005, S. 49), kann die Rückfallgefahr reduziert werden. Bereits Ritzel (1978) betont, dass die Rückfalldelinquenz im unmittelbaren Zusammenhang mit der Qualität der Nachbehandlung steht. Dies gelte im unterschiedlichen Maße bei den diversen Diagnosegruppen, wobei Psychopathen eher schwieriger zu erreichen seien. Der nur schwache Einfluss der durch die Klinik abgedeckten Nachsorge in der vorliegenden Studie kann allerdings auch die Folge eines Selektionseffektes sein, da meist die besonders problematischen Fälle in das klinikeigene Nachsorgeprogramm aufgenommen werden.

Insgesamt ist die Legalbewährungsquote (89.2 %) und der Anteil derer mit einem stabilen psychopathologischen Befund (73 %) auch im Vergleich mit anderen Studien sehr hoch (Seifert, 2007; Thier, 1990). Der relativ kurze Beobachtungszeitraum kann eine Erklärung sein, auch wenn die besondere Sensibilität des ersten Halbjahres nach Entlassung gegen diesen Einwand spricht. Zudem ist der Betreuungsgrad der Klientel hoch, was auf eine gute, schützende An- und Einbindung schließen lässt. Auch Seifert (2007) muss erkennen, dass Rückfällige eher selbständig leben. Eine gut organisierte Nachsorge mit verlässlichen Strukturen, in der in sog. Helferrunden interdisziplinär zusammengearbeitet wird, um die Lebenssituation und damit potentielle Risikomerkmale frühzeitig erfassen zu können, wäre eine sinnvolle Möglichkeit der Prävention (Pozsár, 2001; Seifert, 2007).

Meist sind die Probanden zufrieden mit der aktuellen Lebenssituation. Ausnahme ist häufig die berufliche Situation, die sich für alle, insbesondere aber psychiatrische Probanden mit sehr niedriger Qualifikation, als kaum veränderbar darstellt.

Auch wenn die soziale Integration bei psychiatrischen Probanden nur in sehr geringem Maße gelingt, sind diese dennoch zufrieden mit dem Erreichten. Angesichts der häufig langjährigen Odyssee durch Therapieeinrichtungen, Haft und MRV scheint die aktuelle Lebenssituation im Vergleich besser. Zudem ist es wohl in der Vorbereitung der Entlassung gelungen, bei den Probanden Zustimmung zu dem gewählten Lebensraum zu wecken. Ein Einverständnis mit der geplanten Lebensgestaltung geht mit besseren Resozialisierungschancen einher (Ritzel, 1978).

Die Einschätzungen der Betroffenen zu ihrer Krankheitsentwicklung lässt eine erstaunliche Übereinstimmung zu den Interviewerbeobachtungen erkennen. Eine positive Weiterentwicklung der Persönlichkeit wird von über 80 % angegeben.

6.3.2 Suchtkranke

Auch wenn insgesamt die soziale Integration von Suchtkranken besser gelingt, stellen sich doch im Laufe der poststationären Zeit einige (negative) Veränderungen ein: Der Erwerbslosenanteil steigt sehr stark (auf über 40 %) an, freundschaftliche Kontakte werden kaum geknüpft, Freizeitangebote werden von vielen nicht wahrgenommen. Positiv ist die Stabilität der Familiensituation, nur 20 % bleiben ledig. Diese teilweise eher negativen Entwicklungen sind auch für die Einschätzung der Legalbewährung von Bedeutung, da die soziale Integration ein wesentlicher Faktor für eine stabile poststationäre Zeit ist (Bischoff-Mews, 1998; Koch, 1988).

Die Legalbewährung ist in der Gesamtstichprobe recht gut (64,6 % untere bzw. 80,9 % obere Schätzgrenze); besser als in vielen anderen Studien, obwohl in der vorliegenden Arbeit Drogenabhängige und Alkoholiker, deren Chancen im Allgemeinen höher eingeschätzt werden, untersucht werden (Bischoff-Mews, 1998; Dimmek & Dunker, 1996; Koch, 1988; Meier & Metrikat, 2003). Die Verteilung der Rückfalldelikte lässt eine gewisse Konstanz im Vergleich zum Anlassdelikt erkennen, führend sind wiederum BtM-Delikte. Die besondere Relevanz des ersten Halbjahres, wie auch des Suchtmiteleinflusses findet in der vorliegenden Arbeit ihre Bestätigung.

Dauerhafte Abstinenz bzw. Abstinenz nach Rückfall ist bei weniger Probanden zu verzeichnen (52,1 % untere bzw. 65,1 % obere Schätzgrenze) als eine positive Legalbewährung. Die Vergleichsstudien liefern sehr unterschiedliche Ergebnisse; die Regensburger Zahlen liegen im oberen Bereich, obwohl eine gemischte Population untersucht wird. Drogenabhängige sind nicht nur bzgl. Straffälligkeit, sondern auch Suchtmittelrückfälligkeit stärker als Alkoholiker gefährdet. Dies mag am jüngeren Alter, der stärkeren Einbindung an subkulturellen Strukturen oder den häufig wenig positiven Perspektiven (geringe Schul- und Berufsbildung, wenig familiärer Rückhalt) liegen. Hervorzuheben ist der vergleichsweise hohe Anteil Rückfälliger, der sich in den Krisensituationen an Experten wendet. Hier kann ein Einstellungswandel in Richtung einer positiven Bewertung von fachlicher Hilfe erfolgt sein. Dennoch muss man betonen, dass knapp 70 % nicht in der Lage sind, sich ambulant oder stationär in Behandlung zu geben. Allgemein scheint es nach wie vor für einige Suchtkranke eher abwegig, die therapeutischen Angebote auch außerhalb von Krisensituationen zu nutzen. Nur knapp 50 % der Befragten bewerten die gerichtlich auferlegte Nachsorge als sinnvoll und hilfreich.

Problematisch für eine positive Legalbewährung sind aus anamnестischer Sicht BtM-Delikte und Drogenabhängigkeit. Auch Vorbehandlungen im MRV sowie Substanz-

missbrauch in der Therapie lassen die Chancen sinken. Diese Ergebnisse gehen z. T. mit denen aus anderen Studien konform (Koch, 1988; Meier & Metrikat, 2003). Die Rezidivraten bei allgemeinen Straftäterpopulationen liegen bei Drogendelikten zwischen 30 und 50 % und damit ebenfalls eher im oberen Bereich (Groß, 2004).

Abstinenz wird erleichtert, wenn der Proband familiär eingebunden ist. Dagegen scheinen Freundeskontakte eher negativen Einfluss zu haben. Hier zeigt sich ein bereits bekanntes Bild des Negativfaktors „fehlende Ablösung vom alten Umfeld“, das wohl insbesondere Drogenabhängigen zu schaffen macht. Auch aus der Präventionsforschung weiß man um die Bedeutung der Peergroup (Pota, 2007). Gelingt es dem Patienten, sich bereits während der Therapie von alten Muster zu verabschieden, steigen die Chancen auf einen erfolgreichen Therapie- und poststationären Verlauf; besonders deutlich ist dies an der Rückfallfreiheit ablesbar. Auch das Erleben von Haft hat abschreckende Wirkung; gerade bei Alkoholikern, bei denen einige bisher kaum Hafterfahrung mitbringen.

Für beide Erfolgskategorien gleichermaßen scheint eine Drogenabhängigkeit problematisch, auch Substanzmissbrauch in der Therapie kann sich negativ auf beide auswirken. Weitere signifikante anamnestiche und therapeutische Prädiktoren, die beide Effektivitätsmaße bestimmen, lassen sich nicht extrahieren. Auch gelingt es nicht, gemeinsame Faktoren für einen erfolgreichen Therapie- und poststationären Verlauf zu finden. Lediglich tendenziell zeichnet sich ab, dass eine Freiheitsstrafe eine abschreckende Wirkung hat. Dagegen sind therapeutische Vorbehandlungen im MRV eher ein Hinweis auf eine besonders schwierige Klientel, die kaum zu erreichen ist. Der sicherste Faktor scheint aber die Suchtmittelfreiheit in der Therapie zu sein.

Lebenskontextvariablen sind ebenfalls nur als Hinweissfaktoren für eine gelungene *Legalbewährung* brauchbar:

- Betreute Wohnform
- Gute finanzielle Absicherung
- Keine Schulden
- Keine erneute ambulante oder stationäre Behandlung
- Abstinenz bzw. reduzierter Konsum
- Rückfall mit Alkohol, nicht mit Drogen
- Zufriedenheit mit Lebenssituation

Eine regelmäßige Nachsorge kann allerdings nicht in dem Maße vor Delinquenz schützen wie erwartet.

Das *Abstinenzverhalten* dagegen wird signifikant bestimmt von der Regelmäßigkeit der Nachsorge; hier greifen die Konzepte sehr viel besser als bzgl. einer Kriminalprävention. Als zweiter signifikanter Faktor kann eine positive Legalbewährung herausgearbeitet werden. Weitere Hinweisvariablen sind:

- Partnerschaft, Familie
- Zufriedenheit mit den Veränderungen der Suchtproblematik
- Zufriedenheit mit den Veränderungen der Persönlichkeit
- Aktive Freizeitgestaltung (bei Drogenabhängigen)
- Zufriedenheit mit Nachsorge (bei Drogenabhängigen)

Keine Kontextvariable ist für beide Erfolgskategorien signifikant bedeutsam. Allein eine fehlende Straffälligkeit wirkt bzgl. Abstinenz protektiv bzw. eine Suchtmittelfreiheit steht mit Legalbewährung in positivem Zusammenhang. Dies bestätigt die enge Verbindung zwischen Sucht und Delinquenz, aber auch die besondere Aufgabe, die einer präventiv wirkenden Nachsorge gestellt wird.

Als weiteres Ergebnis muss man festhalten, dass Zufriedenheitsmaße sehr viel bedeutsamer zu sein scheinen, als bisher angenommen: Wer mit der aktuellen Lebenssituation zufrieden ist, eine positive Entwicklung seit Entlassung erkennen kann, der scheint eher geschützt vor Rückfällen. Hier werden Parallelen zur Jugenddelinquenz deutlich. Häufige Faktoren dieser sind ein impulsiver Lebensstil und die Suche nach dem Kick (Füllgrabe, 2007). Gelingt es, die damit angesprochene Sinnfrage neu zu definieren bzw. zu füllen, kann eine Loslösung und Stabilisierung besser erreicht werden.

Als drittes Ergebnis kann man festhalten, dass es im Suchtbereich eher gelingt, eine prognostisch relevante Aussage bei Entlassung zu treffen: Eine positive Einschätzung der Suchtentwicklung durch den Therapeuten steht im Zusammenhang mit einer erfolgreichen Legalbewährung.

6.3.3 Zufriedenheitsmaße zum Follow-up

Die Einschätzungen zu den erlebten Therapiemodulen ähneln meist denen aus der ersten Befragung zum Entlasszeitpunkt. Positiv sind Module mit starkem Kontakt- bzw. Gesprächscharakter. Die kritische Haltung bzgl. Beschäftigungs- und Arbeitstherapie ist etwas abgemildert. Kritisch bleibt die Haltung zum Stufenprogramm und insbesondere

zur Stationsatmosphäre. Sie scheint einem starken Abfall in negativer Richtung zu unterliegen. Man kann daraus den Schluss ziehen, dass mit zunehmendem zeitlichen Abstand eine Neubewertung, also eine Loslösung von der Patientengruppe und Distanzierung möglich ist.

Wie es auch in anderen Studien deutlich wird (u. a. Schalast, 2000), schätzen die Probanden die Vorbereitungen auf das Leben nach dem MRV: Aspekte der Resozialisierung wie Schuldenregulierung, Wohnortklärung etc., aber auch die berufliche Vorbereitung durch BT oder AT. Interessanterweise können die Probanden nun erkennen, dass der Umgang mit Regeln, aber auch Zwang und Kontrolle durchaus auch eine Vorbereitung auf ein Leben außerhalb der Mauern ist. Nach wie vor belastend scheint aber der Verlust der Freiheit zu sein. Mit einigem Abstand zur Therapie beschreiben die Probanden verstärkt Gefühle des Ausgeliefertseins, der fehlenden Selbstbestimmung in der Therapie. Auch mangelnde Sozialkontakte, der fehlende Bezug nach dem Leben draußen stellt sich hinterher als Problem heraus.

Im Suchtbereich fällt auf, dass Versager insgesamt ähnlich positiv bewerten wie Erfolgreiche mit Ausnahme der Einzelpsychotherapie und Pflegebehandlung. Gerade dem Einzeltherapeuten, der in der Regensburger Klinik eine zentrale Rolle in der Behandlung einnimmt, könnte eine Art Mitschuld am Versagen gegeben werden. Ähnlich wäre es auch in Bezug auf die Pflege denkbar. Dagegen werden diese beiden Module von Erfolgreichen positiv bewertet, die, diesem Erklärungsversuch folgend, einen anhaltenden Gewinn im Kontakt mit diesen verbinden.

Allgemein machen Suchtkranke auch zu t2 mehr Verbesserungsvorschläge als psychiatrische Probanden. Wieder sehr stark beziehen sich diese auf die Rolle des Teams. Sie fordern Kompetenz und Ansprechbarkeit, Durchsetzungsvermögen und Kontaktangebot, Individualisierung und Einbinden der Patienten. Mit diesen Forderungen sind sie sehr nah an dem, was Schalast (2000) als Aufgabe des Teams bzgl. der Schaffung eines therapeutischen Halts bzw. einer therapeutischen Gemeinschaft meint.

Auch Meyer (1995) spricht die Ohnmachtgefühle bei Patienten an, die er im übergeordneten Rahmen als Problem der Komplexität des Vollstreckungsrechtes sieht. Nicht nur im Therapiekontext, sondern auch darüber hinaus sollte eine größere Eindeutigkeit und Transparenz herrschen, um die schwierige Aufgabe der forensischen Therapie bewältigbar zu machen.

7. Zusammenfassung

Im Rahmen der vorliegenden Studie werden forensische Probanden der Regensburger Maßregelvollzugsklinik, untergebracht in den Jahren 2001 bis Ende 2006, in ihrer Gesamtheit (§§ 63, 64 StGB und § 126 a StPO) untersucht; es werden prä- und poststationäre Verläufe nachgezeichnet und Prädiktoren eines positiven Therapieabschlusses und Bewährungsverlaufes extrahiert. Der Katamnesezeitraum beträgt mindestens ein Jahr. Die gewählte Datenerhebungsmethode stellt eine Besonderheit dar, da alle Probanden direkt von Klinikmitarbeitern befragt werden. Informationen aus Akten oder über Dritte dienen der Vervollständigung und Absicherung der Angaben. Zum Einsatz kommen neu entwickelte Fragebögen, komplettiert mit teilstandardisierten Interviews.

Während zum ersten Messzeitpunkt bei Entlassung 805 Probanden einbezogen werden, reduziert sich der Stichprobenumfang zum zweiten Messzeitpunkt auf 173 Probanden, die den Einschlusskriterien (mind. einjährige Beobachtungszeit, Entlassung in Freiheit, Einverständniserklärung) genügen und bereit sind, an der Studie teilzunehmen. Die Rücklaufquote ist hoch, sie liegt bei 84 %.

Die anamnestischen Daten zeigen die bekannt schwierigen Entwicklungsbedingungen forensischer Patienten mit geringer schulischer und beruflicher Qualifikation, frühen strafrechtlichen Auffälligkeiten, Krankheitsmanifestationen im Jugend- bzw. frühen Erwachsenenalter, instabilen Sozialbeziehungen und schlechter sozialer Integration. Die forensische Belastung ist z. T. sehr stark; insbesondere psychiatrische Probanden zeigen eine erhebliche Deliktschwere. Die Therapie ist von langer Zeitdauer, selbst im Suchtbereich werden im Schnitt 1 1/2 Jahre erreicht. Während Zwischenfälle selten vorkommen, sind Suchtmittelrückfälle ein häufiges Ereignis. Auch andere Behandlungsprobleme werden geschildert, die aber in einer forensischen Therapie eher zum akzeptierten „Normalzustand“ gehören und nicht unbedingt zu einem Therapieabbruch führen. Dennoch können im Bereich des § 64 StGB nur 32 % auf Bewährung entlassen werden, bei 50 % wird die Therapie vorzeitig gemäß § 67 d Abs. 5 StGB abgebrochen. Bei der Hälfte der Versager wird der Abbruchsantrag in den ersten drei Monaten gestellt. Die Hintergründe sind vielfältig: Motivationale Probleme, aber auch Gewalt auf Station, massive Regelverstöße etc. Mehrfach erfolglos Vortherapierte, Ledige, Migranten und Männer sind etwas häufiger betroffen.

Bei Entlassung spielen bei psychiatrischen Probanden extramurale Versorgungseinrichtungen eine große Rolle, eine selbständige Lebensführung mit Arbeit auf dem freien

Arbeitsmarkt gelingt nur wenigen Probanden. Im Suchtbereich dagegen leben sehr viele ehemalige Patienten alleine oder in der Familie; auch ist es bei diesen eher möglich, berufliche Perspektiven in der Entlassphase zu schaffen. Im Laufe der Zeit allerdings ist gerade die berufliche Situation Schwankungen unterworfen; die Erwerbslosenquote steigt von unter 10 auf über 40 %. Die Familiensituation stabilisiert sich, nur 20 % sind zum Katamnesezeitpunkt alleinstehend. Psychiatrische Probanden dagegen bleiben meist – eine Ausnahme bilden die Persönlichkeitsgestörten – ohne Partner.

Der psychopathologische Zustand kann bei 73 % der psychiatrischen Probanden als stabil bezeichnet werden. Suchtkranke leben zu über 65 % abstinent bzw. abstinent nach einem Rückfall, nur 15 % sind im ersten Jahr nach Entlassung dauerhaft rückfällig. Alkoholiker schneiden etwas besser ab als Drogenabhängige. Die Legalbewährung, analysiert wird jedes strafbare Verhalten unabhängig von der tatsächlichen strafrechtlichen Verfolgung oder Aktenkundlichkeit, gelingt bei 83 %; psychiatrische Probanden liegen mit 89 % deutlich über der Gesamtstichprobenquote, Suchtkranke mit 81 % etwas darunter.

Neben der Erfassung anamnestischer und katamnesterischer Daten werden auch Rückmeldungen der Probanden zur Therapie und ihrer aktuellen Lebenssituation eingeholt. Diese sind meist sehr differenziert und lassen einige Rückschlüsse zu. Die Therapie wird überwiegend positiv bewertet, unabhängig vom Entlassmodus des Befragten, dem Befragungszeitpunkt oder dem Bewährungserfolg. Insbesondere Therapiemodule mit Gesprächs- und Beziehungscharakter finden Zustimmung und werden in ihrer Bedeutung hoch eingeschätzt. Die Probanden sehen aber auch Entwicklungsmöglichkeiten im therapeutischen Setting, die häufig das empfundene Machtgefälle in der forensischen Therapie betreffen. Konkrete Resozialisierungsmaßnahmen spielen in der Bewertung ebenfalls eine Rolle. Die Konfrontation mit dem Leben außerhalb der Mauern wird als wichtig und ausbaufähig eingestuft. Problematisch scheint die Situation auf Station zu sein; fehlende Rückzugsmöglichkeiten, ein starres Regelwerk und ein als schwierig empfundenes Patientenmilieu werden u. a. kritisiert. Zu beiden Befragungszeitpunkten und in allen Subgruppen wird die Stationsatmosphäre daher besonders negativ bewertet. Die subjektive Einschätzung der Veränderungen seit Entlassung (mit den Kategorien Krankheit, soziale Integration, berufliche Situation und Persönlichkeit) fällt meist positiv aus mit Ausnahme der beruflichen Situation, die neutral bis negativ eingestuft wird. Dabei wird deutlich, dass die Zufriedenheit mit dem Erreichten einen durchaus protektiven Wert haben kann.

8. Literaturverzeichnis

- Berner, W. & Karlick-Bolten, E. (1986). *Verlaufsformen der Sexualkriminalität*. Stuttgart: Enke.
- Bertram, W. (1995). Die Unterbringung von Alkoholkranken im Maßregelvollzug im Verhältnis zu anderen Institutionen aus der Sicht des Psychiaters. In A. Dessecker & R. Egg (Hrsg.), *Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: rechtliche, empirische und praktische Aspekte* (S. 57-62). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Bischof, H. L. (1986). Straffälligkeit Untergebrachter während des Maßregelvollzugs im psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) – Ein Beitrag zur Gratwanderung zwischen Besserung und Sicherung. *Psychiatrische Praxis*, 13, 88-93.
- Bischoff-Mews, A. (1998). *Perspektiven des Maßregelvollzugs nach § 64 StGB. Kattamnestische Untersuchungen an alkoholkranken Straftätern im Maßregelvollzug*. Dissertation: Universität Erlangen-Nürnberg.
- Bliesener, T. (2003). Jugenddelinquenz. Risikofaktoren, Prävention, Intervention und Prognose. *Praxis der Rechtspsychologie*, 13 (2), 174-191.
- Bliesener, T. (2007). Psychologische Instrumente für Kriminalprognose und Risikomanagement. *Praxis der Rechtspsychologie*, 17 (2), 323-344.
- Blocher, D. (2001). Diagnostisches Spektrum und Verlaufsbeurteilung der Sexualdelinquenz. *Psycho*, 27, 375-379.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Berlin: Springer.
- Bosold, C., Hosser, D. & Lauterbach, O. (2007). Psychosoziale Behandlung im Jugendstrafvollzug – Erste Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Praxis der Rechtspsychologie*, 17 (2), 265-284.
- Brand, T. (2007). Ambulante Behandlung verurteilter Sexualstraftäter zwischen Theorie und Praxis. *Praxis der Rechtspsychologie*, 17 (1), 183-207.
- Bühringer, G. (1995). Beurteilungskriterien für die Unterbringung von Alkoholkranken im Maßregelvollzug unter therapeutischen Gesichtspunkten. In A. Dessecker & R. Egg (Hrsg.), *Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: rechtliche, empirische und praktische Aspekte* (S. 45-49). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Dahle, K.-P. (1997). Kriminalprognosen im Strafrecht – Psychologische Aspekte individueller Verhaltensvorhersagen. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.), *Psychologie im Strafverfahren* (S. 119-140). Bern: Huber.

- Dahle, K.-P. (2001). Violent crime and offending trajectories in the course of life: An empirical life span developmental typology of criminal careers. In D. P. Farrington, C. R. Hollin & M. McMurran (Eds.), *Sex and violence: The psychology of crime and risk assessment* (pp. 197-209). London: Routledge.
- Dahle, K.-P. (2003 a). Probleme bei der Behandlung von Delinquenten – Einführung. In M. Steller, K.-P. Dahle & M. Basqué (Hrsg.), *Straftäterbehandlung. Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis* (2. Auflage; S. 177-187). Herbolzheim: Centaurus.
- Dahle, K.-P. (2003 b). Therapiemotivation inhaftierter Straftäter. In M. Steller, K.-P. Dahle & M. Basqué (Hrsg.), *Straftäterbehandlung. Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis* (2. Auflage; S. 231-250). Herbolzheim: Centaurus.
- Dahle, K.-P. (2006 a). Grundlagen und Methoden der Kriminalprognose. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3: Kriminalprognose und Kriminaltherapie* (S. 1-68). Darmstadt: Steinkopff.
- Dahle, K.-P. (2006 b). Strength and limitations of actuarial prediction of criminal reoffence in a German prison sample: A comparative study of LSI-R, HCR-20 and PCL-R. *International Journal of Law and Psychiatry*, in press.
- Dahle, K.-P. & Kahnt, T. (2006). *Die Berliner CRIME-Studie. Ausgewählte Ergebnisse aus dem Endbericht für die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DA 522/I-1, DA 522/I-2, DA 522/I-4)*. Download unter: <http://www.forensik-berlin.de/forschung/projektbericht.pdf> [Stand 24.11.06].
- Dessecker, A. (1995). Die Praxis der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: erste Ergebnisse aus der Aktenanalyse der KrimZ. In A. Dessecker & R. Egg (Hrsg.), *Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: rechtliche, empirische und praktische Aspekte* (S. 17-42). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (Hrsg., 1985). *Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen*. Freiburg i. Brsg.: Lambertus.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (Hrsg., 1992). *Dokumentationsstandards für die Behandlung von Abhängigen*. Freiburg i. Brsg.: Lambertus.
- Dick, H. (2002). *Einweisungen in den Maßregelvollzug nach § 64 StGB*. Vortrag beim juristischen Kolloquium der Klinik für forensische Psychiatrie am Bezirksklinikum Regensburg (08.10.02).
- Diederich, M. (2001). Maßregelvollzug und soziotherapeutische Justizvollzugsanstalten – stärker im Miteinander. *Recht & Psychiatrie*, 19, 78-81.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg., 1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien* (3. Auflage). Bern: Huber.

- Dimmek, B. & Duncker, H. (1996). Zur Rückfallgefährdung durch Patienten des Maßregelvollzugs. *Recht & Psychiatrie*, 14, 50-56.
- Dönisch-Seidel, U. & Hollweg, T. (2003). Nachsorge und Wiedereingliederung von (bedingt) entlassenen Maßregelvollzugspatienten in Nordrhein-Westfalen. *Recht & Psychiatrie*, 21 (1), 14-17.
- Düinkel, F. & Geng, B. (2003). Rückfall und Bewährung von Karrieretätern nach Entlassung aus dem sozialtherapeutischen Behandlungsvollzug und aus dem Regelvollzug. In M. Steller, K.-P. Dahle & M. Basqué (Hrsg.), *Straftäterbehandlung. Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis* (2. Auflage; S. 35-59). Herbolzheim: Centaurus.
- Egg, R. (2005). *Zur Rückfälligkeit bei Entlassung aus dem Straf- und Maßregelvollzug*. Vortrag bei der Tagung „Therapie trotz Sicherung“ am Bezirksklinikum Regensburg (14.01.2005).
- Egg, R. & Kurze, M. (1991). *Drogentherapie in staatlich anerkannten Einrichtungen. Ergebnisse einer Umfrage* (3. Aufl.). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Ermer, A. & Dittmann, V. (2001). Fachkommissionen zur Beurteilung >>gemeingefährlicher<< Straftäter in der deutschsprachigen Schweiz. *Recht & Psychiatrie*, 19, 73-78.
- Fiedler, P. (2004). *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung*. Weinheim: Beltz-PVU.
- Fischer, G., Barwinski, R. & Eichenberg, C. (2007). Evidenzbasierte Psychotherapie? Wenn schon, dann richtig. *Report Psychologie*, 10, 453-456.
- Freese, R., Born, P. & Müller-Isberner, R. (1995). Gravierende Delikte während der Behandlung im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB). *Nervenarzt*, 66, 542-549.
- Füllgrabe, U. (2007). Gewaltförderung durch falsche Paradigmen. Psychologische Voraussetzungen der Gewaltprävention. *Report Psychologie*, 32 (1), 12-25.
- Funke, J. & Krampen, G. (1985). Kann und soll man die Durchführung von Katamnesen standardisieren? Bemerkungen zum Entwurf der „Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie“ über „Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“. *Suchtgefahren*, 31, 246-250.
- Gerl, S. (2000). *Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB – Voraussetzungen und Behandlungsverläufe unter besonderer Berücksichtigung des Bundesverfassungsgerichtsbeschlusses nach §§ 64 Abs. 2, 67 d Abs. 5 S. 1, 67 Abs. 4 S. 2 StGB vom 16.03.1994*. Dissertation: Ludwig-Maximilians-Universität München
- Gretenkord, L. (2001). *Empirisch fundierte Prognosestellung im Maßregelvollzug nach § 63 StGB: EFP-63*. Bonn: Deutscher Psychologen-Verlag.

- Gretenkord, L. & Müller-Isberner, R. (1991). Entweichungen aus dem Maßregelvollzug – Analyse eines Symptoms. *Monatsschrift Kriminologie*, 5, 305-315.
- Greve, W. & Hosser, D. (2002). Gefängnis als Entwicklungsintervention? *Report Psychologie*, 27, 490 - 503.
- Groß, G. (2004). *Deliktbezogene Rezidivraten von Straftätern im internationalen Vergleich*. Dissertation: Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Günthner, A. (2001). Psychotherapie der Sucht. *Psycho*, 27, 611-614.
- Haar, M., von der (1995). Zum Zusammenspiel von Justiz und Einrichtungen während der Unterbringung in eine Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB. In A. Dessecker & R. Egg (Hrsg.), *Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: rechtliche, empirische und praktische Aspekte* (S. 145-157). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Hoffmann, M., Weithmann, G. & Rothenbacher, H. (1992). Verlaufsstudien bei Alkoholikern. In B. Steiner, F. Keller & M. Wolfersdorf (Hrsg.), *Katamnese-Studien in der Psychiatrie* (S. 99-117). Göttingen: Hogrefe.
- Holzmann, H., Nabitz, U. & Zeltner, G. (1984). Veränderungen der Lebenssituation bei Alkoholabhängigen nach stationärer Therapie. *Suchtgefahren*, 30, 190-202.
- Horstkotte, H. (1995). Für tiefgreifende Korrekturen im Maßregelrecht. In A. Dessecker & R. Egg (Hrsg.), *Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: rechtliche, empirische und praktische Aspekte* (S. 195-201). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Hoyer, J., Kunst, H. & Hammelstein, P. (2007). Sexualstraftäter: Krank oder kriminell. *Report Psychologie*, 11 / 12, 496-509.
- Jehle, J.-M. (2003). *Strafrechtspflege in Deutschland 2003*. Berlin: Bundesministerium der Justiz.
- Jehle, J.-M., Heinz, W. & Sutterer, P. (2003). *Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen: Eine kommentierte Rückfallstatistik*. Berlin: Bundesministerium der Justiz. Download unter: http://www.bmj.de/enid/0,0/58.html?druck=1&presseartikel_id=1204 [Stand: 19.04.2004].
- Jöckel, D. & Müller-Isberner, R. (1997). Einweisungsdelikte im psychiatrischen Maßregelvollzug. *Nervenarzt*, 68, 390-394.
- John, U. (1984). Erfolgskriterien bei Alkoholabhängigen nach einer Therapie: Aspekte sozialer Integration und Abstinenz. *Suchtgefahren*, 30, 168-177.
- Kestermann, C. (2007). Inhaftierte Frauen in Europa – Aktuelle Situation und gesundheitliche Problemlagen. *Praxis der Rechtspsychologie*, 17 (2), 285-304.

- Kielisch, S. (2003). *Katamneseuntersuchung der Treffsicherheit prognostischer Einschätzungen und der Validität von Prognosekriterien*. Dissertation: Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Klink, M., Waldow, M., Jaroszek, S. & Trömel, G. (1984). Globale Analyse von Katamnese- und Suchtgefahren. *Suchtgefahren*, 30, 91-102.
- Koch, G. (1988). *Katamnesen bei suchtkranken Straftätern nach bedingter Entlassung aus dem Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB*. Dissertation: Medizinische Hochschule Hannover.
- Konrad, N. (1995). Die psychiatrisch-psychologische Begutachtung im Unterbringungsverfahren gemäß § 64 StGB. In A. Dessecker & R. Egg (Hrsg.), *Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: rechtliche, empirische und praktische Aspekte* (S. 121-128). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Konrad, N. (2003). Psychiatrisch-psychologische Begutachtung im Unterbringungsverfahren gemäß § 63 StGB. Nahtstelle zwischen Maßregelindikation und Behandlungsauftrag. In M. Steller, K.-P. Dahle & M. Basqué (Hrsg.), *Straftäterbehandlung. Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis* (2. Auflage; S. 205-216). Herbolzheim: Centaurus.
- Laugwitz, C. (2005). >>Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden...<< Eine Untersuchung zur Anordnungspraxis des § 126 a StPO. *Recht & Psychiatrie*, 23, 67-71.
- Leygraf, N. (1988). *Psychisch kranke Straftäter: Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzugs*. Berlin: Springer.
- Leygraf, N. (1995). Praxis der Vollstreckung strafrechtlicher Unterbringungen gemäß § 64 StGB. In A. Dessecker & R. Egg (Hrsg.), *Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: rechtliche, empirische und praktische Aspekte* (S. 159-162). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Leygraf, N. (1998). Wirksamkeit des psychiatrischen Maßregelvollzuges. In H. L. Kröber & K.-P. Dahle (Hrsg.), *Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz. Verlauf – Behandlung – Opferschutz* (S. 175-184). Heidelberg: Kriminalstatistik.
- Leygraf, N. (1999). Rehabilitative Maßnahmen: Grenzen und Chancen aus Sicht des Gutachters. In W. Weigand (Hrsg.), *Der Maßregelvollzug in der öffentlichen Diskussion* (S. 62-70). Münster: Votum.
- Leygraf, N. (2000). Die Begutachtung der Prognose im Maßregelvollzug. In U. Venzlaff & K. Foerster (Hrsg.), *Psychiatrische Begutachtung* (S. 350-358, 3. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Leygraf, N. (2006). Maßregelvollzug und Strafvollzug. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3: Kriminalprognose und Kriminaltherapie* (S. 191-368). Darmstadt: Steinkopff.

- Lincoln, T. M., Hodgins, S., Müller-Isberner, R., Jöckel, D., Freese, R., Born, P., Eucker, S., Schmidt, P. & Gretenkord, L. (2005). Sind sie gefährlicher? – Entlassene Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzuges und der Allgemeinpsychiatrie im Vergleich. *Krankenhauspsychiatrie*, 16, 48-56.
- Maier, U., Mache, W. & Klein, H. E. (2000). Woran krankt der Maßregelvollzug? *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 83 (2), 71-90.
- Mainz, G. (1995). Die Entlassung aus dem Maßregelvollzug und der anschließende Vollzug der Führungsaufsicht. In A. Dessecker & R. Egg (Hrsg.), *Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: rechtliche, empirische und praktische Aspekte* (S. 165-171). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz GmbH (Hrsg.) (2006). *Geschäftsbericht 2005*. Regensburg: Eigenverlag.
- Meier, B.-D. & Metrikat, I. (2003). Verbessert, aber nicht umgestaltet. Zu den Auswirkungen der Bundesverfassungsgerichtsentscheidung vom 16. März 1994 (BverfGE 91, 1) für die Maßregel nach § 64 StGB. *Monatsschrift Kriminologie*, 86 (2), 117-126.
- Meyer, W.-D. (1995). Unterbringung von Drogenabhängigen im Verhältnis zur Zurückstellung der Straf- und Maßregelvollstreckung gemäß §§ 35 ff. BtMG und zu anderen Therapiemöglichkeiten. In A. Dessecker & R. Egg (Hrsg.), *Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: rechtliche, empirische und praktische Aspekte* (S. 65-76). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Michalak, J., Kosfelder, J., Meyer, F. & Schulte, D. (2003). Messung des Therapieerfolgs. Veränderungsmaße oder retrospektive Erfolgsbeurteilung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (2), 94-103.
- Monahan, J. (1978). Prediction research and the emergency commitment of mentally ill offenders. *American Journal of Psychiatry*, 135, 198-201.
- Müller, H.-W. & Hadamik, W. (1966). Die Unterbringung psychisch abnormer Rechtbrecher. *Nervenarzt*, 37, 67-76.
- Nedopil, N. (2000). *Forensische Psychiatrie – Wohin führt der Weg?* Vortrag bei der 15. Eickelborner Fachtagung für Forensische Psychiatrie (1.03.2000).
- Nedopil, N. (2001). Rückfallprognose bei Straftätern. *Psycho*, 27, 363-369.
- Nowara, S. (1993). *Prognosebegutachtungen im Maßregelvollzug. Untersuchung zur Qualität der Gutachten gemäß §14 Abs. 3 MRVG NW*. Dissertation: Freie Universität Berlin.
- Nowara, S. (2003). Frauen im Maßregelvollzug. In M. Steller, K.-P. Dahle & M. Basqué (Hrsg.), *Straftäterbehandlung. Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis* (2. Auflage, S. 135-144). Herbolzheim: Centaurus.

- Petrovic, L. (1985). *Intrainstitutionelle Karrieren strafrechtlich untergebrachter psychiatrischer Patienten, eine Untersuchung des Maßregelvollzugs nach § 63 StGB im WLK Eickelborn*. Dissertation: Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Pfaff, H. (1998). Ergebnisse einer prospektiven Katamnese studie nach Entziehungstherapie gemäß § 64 StGB bei Alkoholkranken. *Nervenarzt*, 69, 568-573.
- Pota, L. A. (2007). Sucht als Krankheit der Gesellschaft? *Report Psychologie*, 32, 305-368.
- Pozsár, C. (2001). Nach der Maßregelbehandlung gemäß § 63 StGB – Praxis der ambulanten und stationären Nachsorge. *Recht & Psychiatrie*, 19 (2), 82-88.
- Rauchfleisch, U. (1991). Psychodynamik und Psychotherapie von Alkoholabhängigen mit dissozialen Tendenzen. *Sucht*, 37, 289-299.
- Rauchfleisch, U. (1999). *Außenseiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reichelt, E. M. (2004). „Fremd ist der Fremde nur in der Fremde“ – Krisenintervention bei Migranten und Flüchtlingen. In W. Müller & U. Scheuremann (Hrsg.), *Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte* (S. 183-194). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ritzel, G. (1978). *Unterbringung und Wiedereingliederung psychisch kranker Rechtsbrecher*. Habilitationsschrift: Georg-August-Universität Göttingen.
- Römer, P., Klopff, J., Weinlich, C., Jenner, C. & Rainer, E. (2002). Katamnese studie der Salzburger Sonderkrankenhäuser für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 25 (3), 23-30.
- Rosemann, M. (2003). Integration forensischer Patienten in die gemeindepsychiatrische Versorgung. *Recht & Psychiatrie*, 21 (1), 10-14.
- Schalast N. (1999). Arbeitszufriedenheit im Maßregelvollzug? *Psych. Pflege*, 5, 18-23.
- Schalast, N. (2000). *Therapiemotivation im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB*. München: Fink Verlag.
- Schalast, N., Dessecker, A. & von der Haar, M. (2005). Unterbringung in der Entziehungsanstalt: Entwicklungstendenzen und gesetzlicher Regelungsbedarf. *Recht & Psychiatrie*, 23 (1), 3-10.
- Schaumburg, C. (2003). *Basiswissen: Maßregelvollzug*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schmitz, K. (1993). Dokumentations- und Katamnese system für suchtkranke Maßregelpatienten in Westfalen-Lippe – Systemdarstellung und erste Ergebnisse. *Sucht*, 3, 172-176.
- Schmitz, K. (1995). Vollstreckungsverläufe bei der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. In A. Dessecker & R. Egg (Hrsg.), *Die strafrechtliche Unterbringung*

- in einer Entziehungsanstalt: rechtliche, empirische und praktische Aspekte* (S. 137-143). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Schneider, W. & Schulz, W. (1990). Bericht über die Ergebnisse einer 4-Jahres-Katamnese im Suchtbereich des Niedersächsischen Krankenhauses Königsutter. In J.-H. Mauthe & W. Schulz (Hrsg.), *Schriftenreihe der Suchtforschungsstelle Ostniedersachsen* (Heft 14). Königsutter.
- Schott, M. (2003). Zur Versorgungsqualität im Maßregelvollzug. *Recht & Psychiatrie*, 21 (1), 3-4.
- Schulz, W. & Mauthe, J.-H. (1989). Bericht über die Ergebnisse einer katamnестischen Untersuchung im Suchtbereich des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Königsutter. In J.-H. Mauthe & W. Schulz (Hrsg.), *Schriftenreihe der Suchtforschungsstelle Ostniedersachsen* (Heft 8). Königsutter.
- Seifert, D. (2007). *Gefährlichkeitsprognosen. Eine empirische Untersuchung über Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs*. Darmstadt: Steinkopff.
- Seifert, D., Bolten, S. & Möller-Mussavi, S. (2003). Gescheiterte Wiedereingliederung nach Behandlung im Maßregelvollzug (§ 63 StGB) oder wie lassen sich Rückfälle verhindern? *Monatsschrift Kriminologie*, 86 (2), 127-137.
- Seifert, D., Jahn, K. & Bolten, S. (2001). Zur momentanen Entlassungssituation forensischer Patienten (§ 63 StGB) und zur Problematik der Gefährlichkeitsprognose. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 69, 245-255.
- Seifert, D. & Leygraf, N. (1999). Drogenabhängige Straftäter im Maßregelvollzug. Ergebnisse einer Querschnittserhebung. *Nervenarzt*, 70, 450-456.
- Stadtland, C. & Nedopil, N. (2003). Alkohol und Drogen als Risikofaktoren für kriminelle Rückfälle. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 71, 654-660.
- Statistisches Bundesamt (2005). *Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3.* Fachserie 10, Reihe 4.1, Wiesbaden.
- Steller, M. (2003). Behandlung und Behandlungsforschung – Einführung. In M. Steller, K.-P. Dahle & M. Basqué (Hrsg.), *Straftäterbehandlung. Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis* (2. Auflage, S. 3-12). Herbolzheim: Centaurus.
- Süß, H. M. (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau*, 46, 248-266.
- Thiel, G. (2001). *Soziale Integration und Abstinenzverhalten von 106 BeenderInnen der Nachsorge im Projekt JORK*. Veröffentl. Manuskript (Download unter: www.projekt-jork.de)
- Thier, R. (1990). *Unterbringung strafrechtlich eingewiesener Patienten nach § 63 StGB. Anamnese und Katamnese*. Dissertation: Universität Heidelberg.

- Thornberry, T. & Jacoby, J. (1979). *The criminally insane: A community follow-up of mentally ill offenders*. Chicago: University of Chicago Press.
- Treichl, K., Deutner, C., Sommaruga, S. & Schubert, H. (2001). Quo vadis? Eine Verlaufsbeobachtung von aus dem Maßnahmenvollzug entlassenen Patienten. *Recht & Psychiatrie*, 19 (1), 28-32.
- Volckart, B. (1997). *Maßregelvollzug: das Recht des Vollzuges der Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt* (4. Auflage). Neuwied: Luchterhand.
- Volkenstein, R. (1985). *Katamnestische Untersuchung bei Drogenkranken. Symptomatik und ursächliche Faktoren der Heilung*. Dissertation: Universität Würzburg.
- Webster, C. D. & Eaves, D. (1995). *The HCR-20 Scheme. The assessment of dangerousness and risk*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Department of Psychology, Simon Fraser University an Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
- Wiesheu, M. (2002). Ambulante Entwöhnungsbehandlung. Ergebnisse einer katamnestischen Befragung in einer Fachambulanz für Suchtkranke. *Report Psychologie*, 27, 556-565.
- Winkler, K.-R. (1995). Probleme bei der Anordnung einer Unterbringung nach § 64 StGB. In A. Dessecker & R. Egg (Hrsg.), *Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: rechtliche, empirische und praktische Aspekte* (S. 129-134). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Zander, E. (1995). Suchtkranke als Klienten der Führungsaufsicht. In A. Dessecker & R. Egg (Hrsg.), *Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: rechtliche, empirische und praktische Aspekte* (S. 173-182). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Ziegler, E., Blocher, D., Groß, J. & Rösler, M. (2003). Erfassung von Symptomen aus dem Spektrum des Hyperkinetischen Syndroms bei Häftlingen einer Justizvollzugsanstalt. *Recht & Psychiatrie*, 21 (1), 17-21.

9. Anhang

A. Gesetzestexte

Strafgesetzbuch

§ 20 StGB – *Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störung*

„Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abarbeitigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.“

§ 21 StGB – *verminderte Schuldfähigkeit*

„Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei der Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe gemildert werden.“

§ 63 StGB – *Unterbringung in einer psychiatrischen Krankenanstalt*

„Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder verminderten Schuldunfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einer psychiatrischen Krankenanstalt an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.“

§ 64 StGB – *Unterbringung in einer Entziehungsanstalt*

„Hat jemand den Hang, alkoholische Getränke oder andere Rauschmittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird er wegen einer rechtswidrigen Tat, die er Rausch begangen hat, oder die auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deswegen nicht verurteilt, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, wenn die Gefahr besteht, dass er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.“

Strafprozessordnung

§ 126 a StPO – *Einstweilige Unterbringung*

„1. Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, dass jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB) begangen hat und dass seine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt angeordnet werden wird, so kann das Gericht durch Unterbringungsbefehl die einstweilige Unterbringung in eine dieser Anstalten anordnen, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert.

2. Für die einstweilige Unterbringung gelten die §§ 114 bis 115a, 117 bis 119, 125 und 126 entsprechend. Hat der Unterzubringende einen gesetzlichen Vertreter, so ist der Beschluss auch diesem bekannt zugeben.

3. Der Unterbringungsbefehl ist aufzuheben, wenn die Voraussetzungen der einstweiligen Unterbringung nicht mehr vorliegen oder wenn das Gericht im Urteil die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt nicht anordnet. Durch die Einlegung eines Rechtsmittels darf die Freilassung nicht aufgehalten werden § 120 Abs. 3 gilt entsprechend.“

Betäubungsmittelgesetz

§ 35 BtMG - Betäubungsmittelabhängige Straftäter

„1. Ist jemand wegen einer Straftat zu einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren verurteilt worden und ergibt sich aus den Urteilsgründen oder steht sonst fest, dass er die Tat auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen hat, so kann die Vollstreckungsbehörde mit Zustimmung des Gerichts des ersten Rechtszuges die Vollstreckung der Strafe, eines Strafrestes oder der Maßregel der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für längstens zwei Jahre zurückstellen, wenn der Verurteilte sich wegen seiner Abhängigkeit in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen, und deren Beginn gewährleistet ist. Als Behandlung gilt auch der Aufenthalt in einer staatlich anerkannten Einrichtung, die dazu dient, die Abhängigkeit zu beheben oder einer erneuten Abhängigkeit entgegenzuwirken.“

B. Abkürzungen

BKH	Bezirkskrankenhaus
BmJ	Bundesministerium der Justiz
BtM	Betäubungsmittel
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BW	Bewährungshilfe
BZR	Bundeszentralregisterauszug
BZRG	Bundeszentralregistergesetz
bzw.	beziehungsweise
etc.	et cetera
FA	Führungsaufsicht
LB	Legalbewährung
mind.	mindestens
MR	Maßregel
MRV	Maßregelvollzug
PS	Persönlichkeitsstörung
sog.	sogenannt
SP	Stichprobe
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
u. a.	unter anderem
usw.	und so weiter
u. U.	unter Umständen
vs.	versus
z. T.	zum Teil

C. Glossar forensischer Begriffe

Anlasstat:

Straftat, aufgrund derer ein Patient in den Maßregelvollzug eingewiesen wurde.

Ausbruch / Flucht:

Teilmenge der Entweichungen: Ein Patient entzieht sich gewaltsam der Maßregelvollzugseinrichtung.

Aussichtslose Behandlung (Therapieresistenz):

Nur im Bereich § 64 StGB; wenn eine Suchttherapie wegen mangelnder Fähigkeiten bzw. Motivation seitens des Patienten nicht mehr erfolgsversprechend erscheint, wird ein Antrag auf Abbruch der MR wegen „Aussichtslosigkeit“ gestellt. Ziel ist die Rückführung in den Regelvollzug.

Beurlaubungen:

Aufenthalt außerhalb des Geländes ohne Begleitung.

Bundeszentralregister:

Vermerkung aller (bisheriger) Straften.

Entweichungen:

Überbegriff für Ausbrüche und Lockerungsmissbräuche: Sich ohne Erlaubnis der Obhut der Maßregelvollzugseinrichtung entziehen.

Fahndungsmeldung:

Wenn ein Patient entweicht, wird von der Maßregelvollzugseinrichtung eine Fahndungsmeldung an die Polizei abgegeben, die dann entscheidet, ob die Fahndung öffentlich oder nichtöffentlich durchgeführt wird.. Nach Wiederergreifung kommt der Patient in die Einrichtung zurück.

Forensik:

Gerichtsmedizin; medizinische Problemstellungen werden im Zusammenhang mit juristischen Fragestellungen behandelt.

Komplementäre Einrichtungen:

Insbesondere Heime und therapeutische Wohngemeinschaften, aber auch therapeutisch begleitetes Einzelwohnen.

Lockerungsmissbrauch:

Teilmenge der Entweichungen: Mit wachsendem Therapiefortschritt werden zunehmend Freiheiten gewährt, die ein Patient ausnutzen kann, um sich der Einrichtung zu entziehen.

Lockerungsstufen:

Im Verlauf der Behandlung und abhängig von Therapieerfolgen werden zunehmend Freiheiten gewährt, die in Bayern in vier große Lockerungsstufen unterteilt sind:

Stufe A: in Personalbegleitung außerhalb der geschlossenen Räumlichkeiten

Stufe B: ohne Personalbegleitung innerhalb des Klinikgeländes

Stufe C: stundenweise (bis zu einem Tag) außerhalb des Klinikgeländes beurlaubt

Stufe D: Beurlaubungen bis zu 13 zusammenhängende Nächte

Maßregelvollzug:

Teilbereich der Forensik: beschäftigt sich mit Begutachtung, Sicherung, Behandlung von psychisch kranken oder suchtkranken Straftätern.

Prognose:

Die forensische Prognose stellt eine Abschätzung künftigen Risikoverhaltens dar.

Resozialisierung:

Eine gelungene Resozialisierung ist das Ziel des Maßregelvollzugs. Man versteht darunter die Wiedereingliederung in die normale Gesellschaft, konkret wird die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit angestrebt und ein selbständiges Leben in eigener Wohnung.

Sicherungsmaßnahmen:

Sie haben den Zweck, ein unerlaubtes Entfernen von Patienten aus der Einrichtung zu verhindern:

- Technische Sicherheitsmaßnahmen: z. B. Zäune, Videokameras etc.
- Organisatorische Maßnahmen: z. B. Kontrollen, Durchsuchungen, Begleitung von Patienten außerhalb des Geländes etc.

- „Sicherheit durch Therapie“: durch eine optimale Versorgung und therapeutische Anbindung gelingt es, Entweichungsimpulse gar nicht erst aufkommen zu lassen. Idealerweise funktioniert die Therapie so gut, dass der Patient ein eigenständiges Interesse an der Therapiefortsetzung entwickelt und folglich nicht mehr entweichungsgefährdet ist.

Strafvollstreckungskammer:

Unter Vorsitz eines Richters entscheidet die StVK, ob der Patient weiterbehandelt werden muss bzw. entlassen werden kann; zudem entscheidet sie auch über Anträge zum Abbruch der Behandlung wegen Aussichtslosigkeit etc.

Vollstreckungsplan:

Er legt fest, welche Patienten in welche Einrichtung kommen (gilt auch für JVA's). Die forensische Fachklinik Regensburg ist zuständig für alle Maßregelvollzugspatienten aus dem Bezirk Oberpfalz. Patienten, die in den Maßregelvollzug überwiesen werden, dürfen nicht von den Einrichtungen abgelehnt werden.

KATAMNESEBOGEN §63 StGB-0:	Name, Vorname (Pat.): _____
1. Fragebogen „Entlassung“	Geb. Datum: _____
Datum der Erhebung: _____	InterviewerIn: _____

BASISDATEN**1. Allgemeine Angaben:**

Aufnahmedatum: _____ **Entlassungsdatum:** _____
Behandelnde Station: _____ **Entlassende Station (falls abweichend):** _____

Rechtsgrundlage: §63 StGB §126a StPO andere _____

Alter des Patienten bei Aufnahme: unter 18 18 - 21 22 - 25 26 - 30
 31 - 35 36 - 40 41 - 45 46 - 50
 51 - 55 56 - 60 über 60

Anlassdelikt: Tötungsdelikt Körperverletzung Sexualdelikt
 Raub/räub. Erpressung Betrug/Diebstahl Brandstiftung BtMG
 Verkehrsdelikt sonst: _____

Höhe der Freiheitsstrafe (Anlassdelikt): entfällt (§126a etc.) keine
 ≤6 Mon. >6 M. bis 1 Jahr >1 bis 1,5 J. >1,5 bis 2 J.
 >2 bis 2,5 J. >2,5 - 3 J. >3 J. - 5 J. >5 Jahre

Zeit in JVA vor Therapiebeginn: keine ≤ 6 Mon.
 >6 M. bis 1 Jahr > 1 Jahr

Zwischenvollzug: entfällt (§126a etc.) keiner
 ≤ 6 Mon. >6 M. bis 1 Jahr > 1 Jahr

Art der Entlassung: bedingte Entlassung Entweichung sonst _____

Weisungen / Nachbetreuung (Stichpunkte): entfällt keine Abstinenz
 Drogenscreening, CDT-Werte ambulante Nachsorge Selbsthilfegruppe
 komplementäre Einrichtung Meldung von Wohnsitz-, Arbeitsplatzwechsel
 Kontakt zur BWH, Betreuer Medikamenteneinnahme
 Spiegelkontrolle weitere: _____

Entlassungsadresse (incl. Tel./Handy-Nr.): _____

Betreuer (Name, Tel. Nr.): _____ keine Betreuung

Bewährungshelfer (Name, Tel. Nr.): _____ BWH nicht bekannt

2. Gesundheit/Suchtentwicklung:

Diagnosen (mit ICD 10 Nr.): 1.(Hauptdiagnose) _____
 2. _____
 3. _____

Intelligenz: minderbegabt unterer Durchschnitt durchschnittlich
 oberer Durchschnitt überdurchschnittlich

Alter bei Beginn der Erkrankung (Erstdiagnose): unter 18J. 18 – 25 26 -35
 36 - 45 46 - 55 über 55

Stationäre Vorbehandlung: keine eine mehrmals

Vorbehandlung im Maßregelvollzug: keine eine mehrmals

Vorzeitiger Therapieabbruch (stat. Vorbehandl.): entfällt nein einer mehrmals

Bisher längste Abstinenzphase (ohne JVA, Therapie etc.): entfällt (§63 ohne Suchtproblematik)
 keine bis zu 1 Woche mehrere Wochen mehrere Monate
 1 Jahr über 1J.

3. Forensische Anamnese:

Delinquenz (außer Anlassdelikt; Mehrfachantworten möglich): keine
 Tötungsdelikt Körperverletzung Sexualdelikt
 Raub/räub. Erpressung Betrug/Diebstahl Brandstiftung BtMG
 Verkehrsdelikt sonst: _____

Eintragungen im Strafregisterauszug (insgesamt): unbekannt keine
 1 – 5 6 - 10 11 – 15 16 – 20 über 20

Alter bei 1. Straftat: unter 18J. 18 - 20 21 - 30 31 - 40 über 40

Bisher verbüßte Haftdauer (Summe; incl. U-Haft): keine ≤ 6 Mon.
 >6 M. bis 1J. >1J. bis 2J. >2J. bis 4J. >4J. bis 6J.
 >6J. bis 8 J. > 8J.

4. Biographische Anamnese:

Geburtsort: Deutschland Türkei GUS
 sonst. europ. Ausland nichteurop. Ausland

Seit wann in Deutschland: entfällt ≤ 2 Jahre >2J. bis 4J. > 4 J.

Schulbildung: Förderschule Hauptschule (ohne qual. Abschluß)
 Hauptschule (mit qual. Abschluß) Realschule Gymnasium

Berufsausbildung: ungelernt abgebr. Lehre abgeschl. Lehre
 Studium (FH/Universität) mehrere Ausbildungen
 sonst: _____

Arbeit (vor Aufnahme / Inhaftierung): erwerbslos Ausbildung Berentung
 sozialversicherungspfl. Arbeitsverhältnis selbständig
 Minijob (Geringverdiener-Basis) sonst: _____

ABSCHLUß DER STATIONÄREN BEHANDLUNG / THERAPIEVERLAUF:**1. Arbeit (bei Entlassung):**

Minijob (Geringverdiener-Basis) sozialversicherungspfl. Arbeitsverhältnis *Teilzeit*
 sozialversicherungspfl. Arbeitsverhältnis *Vollzeit* Ausbildungsverhältnis
 Berentung Arbeitstherap. Maßnahme WfbM
 sonst _____ erwerbslos

2. Wohnen (bei Entlassung):

selbständig mit Partner/Familie sozialtherap. WG/ betreutes Wohnen
 Forensik-WG Heim/sozialtherap. Übergangseinrichtung
 kontrollierendes Heim sonst _____

3. Finanzielle Situation (bei Entlassung):

Art des Einkommens: Arbeitslohn Lohnersatzleistungen
 Sozialhilfe Rente sonst _____
 Grundsicherung für Arbeitsuchende (Hartz IV)

Schulden: keine (*weiter zu 4.*) ja unklar (*weiter zu 4.*)

Regulierung: nein (*weiter zu 4.*) Schuldenregulierung *geplant* ... *begonnen*
 Unterstützung durch Schuldnerberatung (Lohn-)pfändungen

4. Sozialbeziehungen (bei Entlassung):

Familienstand: verheiratet geschieden/getrennt alleinstehend
 verwitwet feste Partnerschaft/eheähn. Gemeinsh.
Kinder: keine eins zwei drei mehr
Kontaktverhalten (Familie): nie gelegentlich häufig
Kontaktverhalten (Freunde): nie gelegentlich häufig
Vereinszugehörigkeit: nein ja: _____
Freizeitverhalten (überwiegend): „aktiv“ (regelmäßig, kontaktintensiv etc.: _____)
 „passiv“ (unregelmäßig, überwiegend allein etc.: _____)

5. Gesundheit:

Medikamente: keine (Bedarfsmedikation)
 Neuroleptika (mit Dosierung): _____
 Antidepressiva (mit Dosierung): _____
 sonst (mit Dosierung): _____
Interferon-Behandlung: entfällt
 vom Pat. abgelehnt (Gründe: _____)

laufend
abgebrochen (Gründe: _____)
nicht begonnen

6. Therapieverlauf:

Lockerungsmissbrauch/Entweichungen: keine eine mehr
Tätlichkeiten gegen *Personal*: keine eine mehr
Tätlichkeiten gegen *Mitpatienten*: keine eine mehr
Erneute Straftaten: nein ja: _____
Substanzmissbrauch/Rückfall: keiner 1 2 3 – 6 mehr als 6
Besondere Probleme: nein ja: _____

7. Behandlungsergebnis (Teameinschätzung):

Sozialverhalten gebessert: nein mäßig sehr entfällt
Krankheit (Hauptdiagnose) gebessert: nein mäßig sehr entfällt
Sucht gebessert: nein mäßig sehr entfällt
weitere Störungen (außer Sucht) gebessert: nein mäßig sehr entfällt

8. Therapiebewertung (Patienteneinschätzung):

Wie beurteilen Sie heute den Aufenthalt bezüglich:

Items nicht bearbeitet, da...: Pat. wurde nicht befragt / ist bereits entlassen
 Pat. macht keine Angaben sonst: _____

Gruppengespräche/-therapie: positiv weder noch negativ
 entfällt

Einzelpsychotherapie: positiv weder noch negativ
 entfällt

Sozialpädagogische Behandlung: positiv weder noch negativ
 entfällt

Pflegerische Behandlung: positiv weder noch negativ
 entfällt

Medizinische Behandlung: positiv weder noch negativ
 entfällt

Pflegegespräche: positiv weder noch negativ
 entfällt

BT: positiv weder noch negativ
 entfällt

AT (Handwerksbetriebe): positiv weder noch negativ
 entfällt

Sporttherapie:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Freizeitmaßnahmen:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Stufenprogramm:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Stationsatmosphäre:	positiv	weder noch	negativ

Bewerten Sie die Therapie insgesamt:

1 (positiv) 2 3 4 5 6 (negativ)

Wovon haben Sie profitiert (Stichpunkte)?

Was hat Ihnen gefehlt (Stichpunkte)?

Was fanden Sie am Unangenehmsten / wo hatten Sie Schwierigkeiten (Stichpunkte)?

Verbesserungsvorschläge (Stichpunkte)?

Vielen Dank!!!

KATAMNESEBOGEN §64 StGB-0:	Name, Vorname (Pat.): _____
1. Fragebogen „Entlassung“	Geb. Datum: _____
Datum der Erhebung: _____	InterviewerIn: _____

BASISDATEN**1. Allgemeine Angaben:**

Aufnahmedatum: _____ **Entlassungsdatum:** _____
Behandelnde Station: _____ **Entlassende Station (falls abweichend):** _____

Rechtsgrundlage: §64 StGB §126a StPO andere _____

Alter des Patienten bei Aufnahme:

unter 18	18 - 21	22 - 25	26 - 30
31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50
51 - 55	56 - 60	über 60	

Anlassdelikt:

Tötungsdelikt	Körperverletzung	Sexualdelikt
Raub/räub. Erpressung	Betrug/Diebstahl	Brandstiftung
Verkehrsdelikt	BtmG	sonst: _____

Höhe der Freiheitsstrafe (Anlassdelikt): entfällt (§126a etc.) keine

≤6 Mon.	>6 M. bis 1 Jahr	>1 bis 1,5 J.	>1,5 bis 2 J.
>2 bis 2,5 J.	>2,5 – 3 J.	>3 Jahre	

Zeit in JVA vor Therapiebeginn: keine ≤ 6 Mon.
>6 M. bis 1 Jahr > 1 Jahr

Zwischenvollzug: entfällt (§126a etc.) keiner ≤ 6Mon. >6M. bis 1 Jahr
> 1 Jahr

Art der Entlassung: bedingte Entl. Ablauf der Höchstfrist Entweichung
Abbruch wegen „Aussichtslosigkeit“ sonst _____

Therapieabbruch:

Zeitpunkt Abbruchsantrag (ab Therapiebeginn): entfällt im 1. Monat
nach 1 bis 3 Mon. nach 4 bis 6 Mon. nach 7 bis 9 Mon.
nach 10 bis 12 Mon. nach 13 bis 16 Mon.
nach 17 bis 20 Mon. nach 21 bis 24 Mon. nach >2 Jahren

Weisungen / Nachbetreuung (Stichpunkte): entfällt keine Abstinenz
Drogenscreening, CDT-Werte ambulante Nachsorge Selbsthilfegruppe
komplementäre Einrichtung Meldung von Wohnsitz-, Arbeitsplatzwechsel
Kontakt zur BWH, Betreuer weitere: _____

Entlassungsadresse (incl. Tel./Handy-Nr.): _____

Betreuer (Name, Tel. Nr.): _____ keine Betreuung

Bewährungshelfer (Name, Tel. Nr.): _____ BWH nicht bekannt

2. Gesundheit/Suchtentwicklung:

Diagnosen (mit ICD 10 Nr.): 1.(Hauptdiagnose) _____

2. _____

3. _____

Intelligenz (Testung bzw. klinischer Eindruck): minderbegabt unterer Durchschnitt
durchschnittlich oberer Durchschnitt überdurchschnittlich

Alter bei Beginn der Erkrankung (Erstdiagnose): unter 18J. 18 – 25 26 -35
36 - 45 46 - 55 über 55

Stationäre Vorbehandlung: keine eine mehrmals

Vorbehandlung im Maßregelvollzug: keine eine mehrmals

Vorzeitiger Therapieabbruch (stat. Vorbehandl. & MRV): entfällt nein einer
mehrmals

Bisher längste Abstinenzphase (ohne JVA, Therapie etc.): keine

bis zu 1 Woche mehrere Wochen mehrere Monate

1 Jahr über 1J.

3. Forensische Anamnese:

Delinquenz (außer Anlassdelikt; Mehrfachantworten möglich): keine

Tötungsdelikt Körperverletzung Sexualdelikt

Raub/räub. Erpressung Betrug/Diebstahl Brandstiftung BtmG

Verkehrsdelikt sonst: _____

Eintragungen im Strafregisterauszug: unbekannt keine 1 – 5
6 - 10 11 – 15 16 – 20
über 20

Alter bei 1. Straftat: unter 18J. 18 - 20 21 - 30 31 - 40 über 40

Bisher verbüßte Haftdauer (Summe; incl. U-Haft): keine ≤ 6 Mon.

>6 M. bis 1J. >1J. bis 2J. >2J. bis 4J. >4J. bis 6J.

>6J. bis 8 J. > 8J.

4. Biographische Anamnese:

Geburtsort: Deutschland Türkei ehem. GUS

sonst. europ. Ausland nichteurop. Ausland

Seit wann in Deutschland: entfällt ≤ 2 Jahre >2J. bis 4J. > 4 J.

Schulbildung: Förderschule (Sonderschule) Hauptschule (ohne qual. Abschluss)
Hauptschule (mit qual. Abschluss) Realschule

Gymnasium sonst: _____

Berufsausbildung: ungelernt abgebr. Lehre abgeschl. Lehre

Berufsausbildung: ungelernt *abgebr.* Lehre *abgeschl.* Lehre
Studium (FH/Universität) mehrere Ausbildungen
sonst: _____

Arbeit (vor Aufnahme / Inhaftierung): erwerbslos Ausbildung Berentung
 sozialversicherungspfl. Arbeitsverhältnis selbständig
 Minijob (Geringverdiener-Basis) sonst: _____

ABSCHLUß DER STATIONÄREN BEHANDLUNG / THERAPIEVERLAUF:

1. Arbeit (bei Entlassung; *entfällt bei „R“*):

Minijob (Geringverdiener-Basis)	sozialversicherungspfl.	Arbeitsverhältnis	<i>Teilzeit</i>
sozialversicherungspfl.	Arbeitsverhältnis	<i>Vollzeit</i>	Ausbildungsverhältnis
Berentung	Arbeitstherap. Maßnahme	WfbM	
sonst		erwerbslos	

2. Wohnen (bei Entlassung; entfällt bei „R“):

selbständig/allein mit Partner/Familie (nicht betr.) Wohngemeinschaft
betreute Wohnform Heim/sozialtherap. Übergangseinrichtung
obdachlos sonst _____

3. Finanzielle Situation (bei Entlassung):

Finanzielle Situation gesichert: ja nein

Art des Einkommens (entfällt bei „R“):	Arbeitslohn	ALG I / ALG II
	Sozialhilfe / Grundsicherung	Rente
		sonst _____

Schulden: keine (weiter zu 4.) ja unklar (weiter zu 4.)

Regulierung: nein (*weiter zu 4.*) Schuldenregulierung *geplant* ... *begonnen*
Unterstützung durch Schuldnerberatung (Lohn-)pfändungen

4. Sozialbeziehungen (bei Entlassung):

Familienstand:	verheiratet	geschieden/getrennt	alleinstehend
	verwitwet	feste Partnerschaft / eheähn. Gemeinschaft	

Kinder: keine eins zwei drei mehr

Kontaktverhalten (Familie): nie gelegentlich häufig

Kontaktverhalten (Freunde): nie gelegentlich häufig

Vereinszugehörigkeit: nein ja: _____

Freizeitverhalten (überwiegend): „aktiv“ (regelmäßig, kontaktintensiv etc.: _____)

„passiv“ (unregelmäßig, überwiegend allein etc.: _____)

5. Gesundheit:**Medikamente:** keine (Bedarfsmedikation)

Neuroleptika (mit Dosierung): _____

Antidepressiva (mit Dosierung): _____

sonst (mit Dosierung): _____

Interferon-Behandlung: entfällt

vom Pat. abgelehnt (Gründe: _____)

laufend erfolgreich abgeschlossen

abgebrochen (Gründe: _____)

nicht begonnen

6. Therapieverlauf:**Lockerungsmissbrauch/Entweichungen:** keine eine mehr**Tätlichkeiten gegen *Personal*:** keine eine mehr**Tätlichkeiten gegen *Mitpatienten*:** keine eine mehr**Erneute Straftaten:** nein ja: _____**Substanzmissbrauch/Rückfall:** keiner 1 2 3 – 6 mehr als 6**Besondere Probleme:** nein ja: _____**Argumente für Therapieabbruch (nur bei „R“; Mehrfachnennungen möglich):**

Entweichung/Lockerungsmissbrauch fortwährender Substanzmissbrauch

Drogenbeschaffung, -weitergabe unzureichende Therapiemotivation

Gewalttätigkeit/-androhung massive Regelverstöße

sonst _____

Pat. mit Abbruch einverstanden

7. Behandlungsergebnis (Teameinschätzung):**Sozialverhalten gebessert:** nein mäßig sehr entfällt**Krankheit/Störung (außer Sucht) gebessert:** nein mäßig sehr entfällt**Sucht gebessert:** nein mäßig sehr entfällt**8. Therapiebewertung (Patienteneinschätzung):***Wie beurteilen Sie heute den Aufenthalt bezüglich:***Items nicht bearbeitet, da...:** Pat. wurde nicht befragt / ist bereits entlassen

Pat. macht keine Angaben sonst: _____

Gruppengespräche/-therapie: positiv weder noch negativ

entfällt

Einzels psychotherapie: positiv weder noch negativ

entfällt

Sozialpädagogische Behandlung:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Pflegerische Behandlung:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Medizinische Behandlung:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Pflegegespräche:	positiv entfällt	weder noch	negativ
BT:	positiv entfällt	weder noch	negativ
AT (Handwerksbetriebe):	positiv entfällt	weder noch	negativ
Sporttherapie:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Freizeitmaßnahmen:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Stufenprogramm:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Stationsatmosphäre:	positiv	weder noch	negativ

Bewerten Sie die Therapie insgesamt:

1 (positiv) 2 3 4 5 6 (negativ)

Wovon haben Sie profitiert (Stichpunkte)?

Was hat Ihnen gefehlt (Stichpunkte)?

Was fanden Sie am Unangenehmsten / wo hatten Sie Schwierigkeiten (Stichpunkte)?

Verbesserungsvorschläge (Stichpunkte)?

Vielen Dank!!!

Unterstützung durch Schuldnerberatung: nein ja

(Lohn-)pfändungen: nein ja

4. Sozialbeziehungen (im letzten Jahr, d.h. seit Entlassung):

Änderung des Familienstandes: keine Angabe nein ja

Familienstand: verheiratet geschieden / getrennt verwitwet
 feste Partnerschaft / eheähn. Gemeinschaft alleinstehend

Kontaktverhalten (Familie): nie gelegentlich häufig

Kontaktverhalten (Freunde): nie gelegentlich häufig

Vereinszugehörigkeit: nein ja: _____

Freizeitverhalten (überwiegend): „aktiv“ (regelmäßig, kontaktintensiv etc.: _____)

 „passiv“ (unregelmäßig, überwiegend allein etc.: _____)

5. Sucht (Suchtmittel i.S. der vorliegenden Suchterkrankung, kann entfallen) :

Angaben des Bewährungshelfers etc. zur Abstinenz: entfällt

Übereinstimmung mit Pat.angabe keine Übereinstimmung, sondern:
 nein (Dauerkonsum) abstinenter nach Rückfall (seit ca. 3 Monaten)
 abstinenter unregelmäßiger Konsum substituiert (aktuell)
 unklar, Konsum aber wahrscheinlich

Pat.angabe:

abstinenter: keine Angabe (weiter zu 6.) nein (Dauerkonsum)
 abstinenter nach Rückfall (seit ca. 3 Monaten) ja (weiter zu 6.)
 unregelmäßiger Konsum substituiert (aktuell)

Rückfälligkeit:

Zeitpunkt / Beginn nach Entlassung: sofort im 1. Monat nach 2 – 4 M.
 nach 5 – 7 M. nach 8 – 10 M. nach 11 – 12 M. nach über 1 Jahr

Anzahl: 1 2-4 5 – 6 mehr als 6 Dauerkonsum

Dauer der 1. Rückfallphase: einige Tage ≤ 2 Wochen > 2 bis 4 W.
 > 1 bis 2 Monate > 2 Monate

Suchtmittel (Präferenz): Alkohol Medikamente: _____

 Drogen: _____ multipler Konsum

Suchtmittelverlagerung: keine Drogen zu Alkohol Alk. zu Drogen

Veränderung Konsummuster: nein ja: Verengung (qualitativ / quantitativ)
 ja: Verbreiterung (qualitativ / quantitativ)

Rückfallsituation: allein in Gesellschaft

	nicht straffällig	straffällig	unklar, Straftat wird aber vermutet	
Delikt:	unbekannt	Tötungsdelikt	Körperverletzung	Sexualdelikt
	Raub/räub. Erpressung	Betrug/Diebstahl	Brandstiftung	
	BtMG	Verkehrsdelikt	sonst: _____	
	Weisungsverstoß (i.S. §56f StGB bzw. §145a StGB)			
Pat.angabe:				
erneut straffällig (seit Entlassung):	keine Angabe (<i>weiter zu 9.</i>)		nein	ja
Delikt:	keine Angabe	Tötungsdelikt	Körperverletzung	Sexualdelikt
	Raub/räub. Erpressung	Betrug/Diebstahl	Brandstiftung	BtMG
	Verkehrsdelikt	sonst: _____		
	Weisungsverstoß (i.S. §56f StGB bzw. §145a StGB)			
Suchtmittleinfluss:	keine Angabe	nein	ja	entfällt
Zeitpunkt nach Entlassung:	keine Angabe	im 1. Monat		nach 2 – 4 M.
	nach 5 – 7 M.	nach 8 – 10 M.	nach 11 – 12 M.	nach >12 M.
Verurteilung:	keine Angabe	keine Strafe	Freiheitsstrafe	
	Fahrverbot	Geldstrafe	laufendes Verfahren	eingestellt
	keine Anzeige	sonst: _____		
Bewährungswiderruf:	keine Angabe	nein		
	ja (Gründe: _____)			wahrscheinlich
weiteres laufendes Ermittlungsverfahren:	keine Angabe	nein	ja	
Delikt:	keine Angabe	Tötungsdelikt	Körperverletzung	Sexualdelikt
	Raub/räub. Erpressung	Betrug/Diebstahl	Brandstiftung	BtMG
	Verkehrsdelikt	sonst: _____		
Sonstiges:	_____			

9. Therapiebewertung

Therapieerfolg (Einschätzung des Interviewers):

- psychopath. stabil & *strafatfrei* psychopath. schlechter & *strafatfrei*
- psychopath. schlechter & *Straftat* ohne strafrechtl. Verfolgung
- psychopath. schlechter & *Straftat* mit strafrechtl. Verfolgung
- Straftat* ohne Zusammenhang mit psychiatr. Erkrankung bzw. psychopath. stabil
- Straftat* ohne Konsum von Suchtmittel
- Straftat* unter Konsum von Suchtmittel

Patienteneinschätzung:

Wie beurteilen Sie heute den Aufenthalt im MRV bezüglich:

Gruppengespräche/-therapie:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Einzels psychotherapie:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Sozialpädagogische Behandlung:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Pflegerische Behandlung:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Medizinische Behandlung:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Pflegegespräche:	positiv entfällt	weder noch	negativ
BT:	positiv entfällt	weder noch	negativ
AT (Handwerksbetriebe):	positiv entfällt	weder noch	negativ
Sporttherapie:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Freizeitmaßnahmen:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Stufenprogramm:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Stationsatmosphäre:	positiv	weder noch	negativ

Bewerten Sie die Therapie insgesamt:

1 (positiv) 2 3 4 5 6 (negativ)

Wovon haben Sie profitiert (Stichpunkte)?

Was hat Ihnen gefehlt (Stichpunkte)?

Was fanden Sie am Unangenehmsten / wo hatten Sie Schwierigkeiten (Stichpunkte)?

Verbesserungsvorschläge (Stichpunkte)?

Wie hat sich Ihre Situation -bezogen auf Ihre Suchtproblematik / psych. Erkrankung- seit Entlassung verändert?

verbessert gleich verschlechtert

... -bezogen auf Ihre berufl. Stellung- ...?

verbessert gleich verschlechtert

...-bezogen auf Ihre sozialen Kontakte / Partnerschaft- ...

verbessert gleich verschlechtert

Haben Sie sich selbst verändert?

nein ja, zum Positiven ja, zum Negativen

Vielen Dank!!!

KATAMNESEBOGEN §64 StGB-1:	Name, Vorname (Pat.): _____
2. Fragebogen „Katamnese nach 1 Jahr“	Geb. Datum: _____
Datum der Erhebung: _____	InterviewerIn: _____

Keine Katamnese: Pat. unbekannt verzogen/ nicht erreichbar
 Pat. verweigert ein Gespräch
 es liegt keine Schweigepflichtentbindung vor
 Termin kommt nicht zustande (Pat. bleibt fern)
 Pat. zum Befragungszeitpunkt in Haft, wegen _____

Validitätsüberprüfung (beachte auch bei „Sucht“ und „Delinquenz“):

Gespräch mit: kein Gespräch geführt Bewährungshelfer
 Nachsorgetherapeut Betreuer
Soweit dem Bewährungshelfer etc. bekannt, werden Angaben des Pat. weitgehend...:
 nicht bestätigt bestätigt entfällt (kein Gespräch)

1. Arbeit (aktuell):

Berufliche Stellung: Ausbildungsverhältnis Arbeitstherapeutische Maßnahme
 „Minijob“ (Geringverdiener-Basis) sozialversicherungspfl. Arbeitsverhältnis *Teilzeit*
 sozialversicherungspfl. Arbeitsverhältnis *Vollzeit* Berentung WfbM
 Arbeitslosigkeit (seit wievielen Monaten: _____) sonst: _____

Wechsel des Arbeitsverhältnisses seit Entlassung: nein
 ja: wohin/Gründe: _____

2. Wohnen (aktuell):

Wohnsituation: selbständig / allein mit Partner/Familie (nicht betr.) WG
 betreute Wohnform Heim/sozialtherap. Übergangseinrichtung
 obdachlos sonst: _____

Wohnungs- bzw. Heimwechsel seit Entlassung: nein
 ja (Gründe: _____)

3. Finanzielle Situation (seit Entlassung):

Finanzielle Situation gesichert: nein ja
Art des Einkommens: Arbeitslohn ALG I / ALG II
 Sozialhilfe / Grundsicherung Rente sonst _____
Schulden (aktuell): nein (*weiter zu 4.*) ja unklar (*weiter zu 4.*)
Schuldensituation (seit Entlassung): gleich verbessert
 verschlechtert

Unterstützung durch Schuldnerberatung: nein ja
(Lohn-)pfändungen: nein ja

4. Sozialbeziehungen (im letzten Jahr, d.h. seit Entlassung):

Änderung des Familienstandes: keine Angabe nein ja
Familienstand: verheiratet geschieden / getrennt verwitwet
 feste Partnerschaft / eheähnl. Gemeinschaft alleinstehend
Kontaktverhalten (Familie): nie gelegentlich häufig
Kontaktverhalten (Freunde): nie gelegentlich häufig
Vereinszugehörigkeit: nein ja: _____
Freizeitverhalten (überwiegend): „aktiv“ (regelmäßig, kontaktintensiv etc.: _____)
 „passiv“ (unregelmäßig, überwiegend allein etc.: _____)

5. Sucht (Suchtmittel i.S. der vorliegenden Suchterkrankung) :

Angaben des Bewährungshelfers etc. zur Abstinenz: entfällt
 Übereinstimmung mit Pat.angabe keine Übereinstimmung, sondern:
 nein (Dauerkonsum) abstinenter nach Rückfall (seit ca. 3 Monaten)
 abstinenter unregelmäßiger Konsum substituiert (aktuell)
 unklar, Konsum aber wahrscheinlich
Pat.angabe:
abstinenter: keine Angabe (weiter zu 6.) nein (Dauerkonsum)
 abstinenter nach Rückfall (seit ca. 3 Monaten) ja (weiter zu 6.)
 unregelmäßiger Konsum substituiert (aktuell)

Rückfälligkeit:

Zeitpunkt / Beginn nach Entlassung: sofort im 1. Monat
 nach 2 – 4 M. nach 5 – 7 M. nach 8 – 10 M. nach 11 – 12 M.
 nach über 1 Jahr
Anzahl: 1 2-4 5 – 6 mehr als 6 Dauerkonsum
Dauer der 1. Rückfallphase: einige Tage ≤ 2 Wochen > 2 bis 4 W.
 > 1 bis 2 Monate > 2 Monate
Suchtmittel (Präferenz): Alkohol Medikamente: _____
 Drogen: _____ multipler Konsum
Suchtmittelverlagerung: keine Drogen zu Alkohol Alk. zu Drogen
Veränderung Konsummuster: nein ja: Verengung (qualitativ / quantitativ)
 ja: Verbreiterung (qualitativ / quantitativ)
Rückfallsituation: allein in Gesellschaft

Rückfallauslöser: Feier (emot.) Belastungssituation sozialer Druck
Handeln/Weitergeben Leichtsinn/Überschätzung kein spezif. Auslöser
sonst _____

Hilfesuchverhalten: keine Eigeninitiative Selbsthilfegruppe
fachl. Hilfe Unterstützung durch Freunde/Familie sonst _____

6. Gesundheit (seit Entlassung):

Medikamente: keine Angabe keine
Neuroleptika (mit Dosierung): _____
Antidepressiva (mit Dosierung): _____

Veränderung der Dosierung: entfällt nein erhöht reduziert abgesetzt

Interferon-Behandlung: entfällt vom Pat. abgelehnt laufend
erfolgreich abgeschlossen abgebrochen nicht begonnen

erneute stationäre Behandlung: keine Angabe nein
stationäre Entgiftung (in _____)
Entwöhnungstherapie (in _____)
Psychiatrie (_____)
andere (in _____)
freiwillig unfreiwillig

erneute ambulante Behandlung (außer amb. Nachsorge): keine Angabe nein
psycholog. Psychotherapeut Arzt Substitutionsprogramm
sonst: _____
freiwillig unfreiwillig

7. ambulante Nachsorge:

Therapeutische Einzelgespräche (i.S. einer Weisung): entfällt keine Angabe
nein unregelmäßig (in größeren Abständen) regelmäßig (mind. 1x/Monat)
wo? _____

Kontakt zur Suchtberatungsstelle (freiwillig): entfällt nein einmal
mehrmals

Kontakt zum sozialpsych. Dienst (freiwillig): entfällt nein einmal mehrmals
ambulante Nachsorge ist... „hilfreich“ „lästige Pflicht“

sonst: _____ sowohl als auch

Verbesserungsvorschläge: _____

8. Delinquenz:

Angaben des Bewährungshelfers etc. zur Delinquenz: entfällt
Übereinstimmung mit Pat.angabe keine Übereinstimmung, sondern:

	nicht straffällig	straffällig	unklar, Straftat wird aber vermutet	
Delikt:	unbekannt	Tötungsdelikt	Körperverletzung	
	Sexualdelikt	Raub/räub. Erpressung	Betrug/Diebstahl	
	Brandstiftung	BtMG	Verkehrsdelikt	
	sonst: _____			
	Weisungsverstoß (i.S. §56f StGB bzw. §145a StGB)			
Pat.angabe:				
erneut straffällig (seit Entlassung):	keine Angabe (<i>weiter zu 9.</i>)		nein	ja
Delikt:	keine Angabe	Tötungsdelikt	Körperverletzung	Sexualdelikt
	Raub/räub. Erpressung	Betrug/Diebstahl	Brandstiftung	BtMG
	Verkehrsdelikt	sonst: _____		
	Weisungsverstoß (i.S. §56f StGB bzw. §145a StGB)			
Suchtmiteleinfluss:	keine Angabe	nein	ja	entfällt
Zeitpunkt nach Entlassung:	keine Angabe	im 1. Monat	nach 2 – 4 M.	
	nach 5 – 7 M.	nach 8 – 10 M.	nach 11 – 12 M.	nach >12 M.
Verurteilung:	keine Angabe	keine Strafe	Freiheitsstrafe	
	Fahrverbot	Geldstrafe	laufendes Verfahren	eingestellt
	keine Anzeige	sonst: _____		
Bewährungswiderruf:	keine Angabe	nein		
	ja (Gründe: _____)			wahrscheinlich
weiteres laufendes Ermittlungsverfahren:	keine Angabe	nein	ja	
Delikt:	keine Angabe	Tötungsdelikt	Körperverletzung	Sexualdelikt
	Raub/räub. Erpressung	Betrug/Diebstahl	Brandstiftung	BtMG
	Verkehrsdelikt	sonst: _____		

9. Therapiebewertung

Therapieerfolg (Einschätzung des Interviewers):

„§64-Patienten“: abstinenter & *strafatfrei* mäßiger Konsum & *strafatfrei*
 Konsum mit körperl./sozialen Folgen & *strafatfrei*
 Konsum & *Straftat* ohne strafrechtl. Verfolgung
 Konsum & *Straftat* mit strafrechtl. Verfolgung
Straftat ohne Zusammenhang mit Suchtmittel

Patienteneinschätzung:

Wie beurteilen Sie heute den Aufenthalt im MRV bezüglich:

Gruppengespräche/-therapie:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Einzels psychotherapie:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Sozialpädagogische Behandlung:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Pflegerische Behandlung:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Medizinische Behandlung:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Pflegegespräche:	positiv entfällt	weder noch	negativ
BT:	positiv entfällt	weder noch	negativ
AT (Handwerksbetriebe):	positiv entfällt	weder noch	negativ
Sporttherapie:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Freizeitmaßnahmen:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Stufenprogramm:	positiv entfällt	weder noch	negativ
Stationsatmosphäre:	positiv	weder noch	negativ

Bewerten Sie die Therapie insgesamt:

1 (positiv) 2 3 4 5 6 (negativ)

Wovon haben Sie profitiert (Stichpunkte)?

Was hat Ihnen gefehlt (Stichpunkte)?

Was fanden Sie am Unangenehmsten / wo hatten Sie Schwierigkeiten (Stichpunkte)?

Verbesserungsvorschläge (Stichpunkte)?

Wie hat sich Ihre Situation -bezogen auf Ihre Suchtproblematik / psych. Erkrankung- seit Entlassung verändert?

verbessert	gleich	verschlechtert
------------	--------	----------------

... -bezogen auf Ihre berufl. Stellung- ...?

verbessert	gleich	verschlechtert
------------	--------	----------------

...-bezogen auf Ihre sozialen Kontakte / Partnerschaft- ...

verbessert	gleich	verschlechtert
------------	--------	----------------

Haben Sie sich selbst verändert?

nein	ja, zum Positiven	ja, zum Negativen
------	-------------------	-------------------

Vielen Dank!!!

E. Statistik

E-1 Kennzahlen der Katamnesestichprobe

§63 StGB-Probanden:

Anlassdelikt	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 35)
Körperverletzung	15	57.1
Tötung	6	17.1
Sexualdelikt	6	17.1
Raub / räuber. Erpressung	4	11.4
Betrug / Diebstahl	2	5.7
Brandstiftung	4	11.4
Verkehr	1	2.9
Sonst	5	14.3
Missing	2	
Gesamt: Probanden / Delikt	37 / 43	

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Schulbildung	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 34)
Förder- (Sonder-)Schule	6	17.6
Hauptschule ohne qual. Abschluss	13	38.2
HS mit ...	8	23.5
Realschule	3	8.8
Gymnasium	4	11.8
Missing	3	
Gesamt	37	

Berufsausbildung	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 35)
Ungelernt	10	28.6
Abgebr. Lehre	10	28.6
Abgeschl. Lehre	11	31.4
FH / Uni	1	2.9
Mehrere Ausbildungen	2	5.7
Sonst	1	2.9
Missing	2	
Gesamt	37	

Alter bei Aufnahme	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 35)
18-21 J.	2	5.7
22-25	2	5.7
26-30	10	28.6
31-35	4	11.4
36-40	6	17.1
41-45	5	14.3
46-50	3	8.6
51-55	1	2.9
56-60	1	2.9
>61	1	2.9
Missing	2	
Gesamt	37	

Arbeitssituation bei Entlassung	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 35)
Minijob	2	5.7
s.v.p. Arbeit Teilzeit	3	8.6
... Vollzeit	3	8.6
Ausbildung	1	2.9
Berentung	7	20.0
Arbeitstherapeutische Maßnahme	12	34.3
WfbM	3	8.6
Sonst	3	8.9
Erwerbslos	1	2.9
Missing	2	
Gesamt	37	

Wohnsituation bei Entlassung	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 35)
Selbständig	7	20.0
Mit Partner / Familie	4	11.4
Sozialtherapeut. WG / betreutes Wohnen	6	17.1
Heim / sozialtherapeut. Übergangseinrichtung	18	51.4
Missing	2	
Gesamt	37	

Familienstand	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 36)
Verheiratet	3	8.3
Geschieden / getrennt	2	5.6
Alleinstehend	26	72.2
Partnerschaft / eheäuhl. Gemeinschaft	5	13.9
Missing	1	
Gesamt	37	

§64 StGB-Probanden:

Anlassdelikt	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 135)
Körperverletzung	25	18.5
Tötung	2	1.5
Sexualdelikt	3	2.2
Raub / räuber. Erpressung	10	7.4
Betrug / Diebstahl	24	17.8
Brandstiftung	2	1.5
Verkehr	22	16.3
BtMG	64	47.4
Sonst	16	11.9
Missing	1	
Gesamt: Probanden / Delikt	135 / 168	

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Schulbildung	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 134)
Förder- (Sonder-)Schule	11	8.2
Hauptschule ohne qual. Abschluss	52	38.8
HS mit ...	55	41.0
Realschule	9	6.7
Gymnasium	5	3.7
Sonst	2	1.5
Missing	2	
Gesamt	136	

Berufsausbildung	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 135)
Ungelernt	22	16.3
Abgebr. Lehre	45	33.3
Abgeschl. Lehre	61	45.2
FH / Uni	2	1.5
Mehrere Ausbildungen	2	1.5
Sonst	3	2.2
Missing	1	
Gesamt	136	

Alter bei Aufnahme	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 135)
18-21 J.	9	6.7
22-25	27	20.0
26-30	28	20.7
31-35	27	20.0
36-40	23	17.0
41-45	11	8.1
46-50	5	3.7
51-55	3	2.2
56-60	2	1.5
Missing	1	
Gesamt	136	

Arbeitssituation bei Entlassung	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 130)
Minijob	4	3.1
s.v.p. Arbeit Teilzeit	6	4.6
... Vollzeit	82	63.1
Ausbildung	10	7.7
Berentung	1	0.8
Arbeitstherapeutische Maßnahme	4	3.1
WfbM	1	0.8
Sonst	11	8.5
Erwerbslos	11	8.5
Missing	6	
Gesamt	136	

Wohnsituation bei Entlassung	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 134)
Selbständig	53	39.6
Mit Partner / Familie	69	51.5
WG	3	2.2
Sozialtherapeut. WG / betreutes Wohnen	2	1.5
Heim / sozialtherapeut. Übergangseinrichtung	7	5.2
Missing	2	
Gesamt	136	

Familienstand	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 134)
Verheiratet	26	19.4
Geschieden / getrennt	18	13.4
Alleinstehend	37	27.6
Partnerschaft / eheärtl. Gemeinschaft	53	39.6
Missing	2	
Gesamt	136	

E-2 § 126 a StPO-Probanden

Diagnose (ICD-10, Kap. V F...)	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 32)
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	5	15.6
... durch Opioide (F11)	1	3.1
... durch Cannabinoide (F12)	2	6.3
... durch andere Stimulanzen (F15)	1	3.1
... durch multiplen Substanzgebrauch (F19)	6	18.8
Schizophrenie (F20)	1	3.1
Anhaltende affektive Störungen (F34)	2	6.3
Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60)	7	21.9
Kombinierte u. andere PS (F61)	2	6.3
Leichte Intelligenzminderung (F70)	1	3.1
Hyperkinetische Störungen (F90)	2	6.3
Störungen des Sozialverhaltens (F91)	1	3.1
Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92)	1	3.1
<i>Missing</i>	<i>1</i>	
Gesamt	33	

Zweitdiagnose, § 126 a StPO-Patienten (n = 33)

	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 71)
Minderbegabt	5	7.0
Unterer Durchschnitt	20	28.2
Durchschnitt	36	50.7
Oberer Durchschnitt	9	12.7
Überdurchschnittlich	1	1.4
Gesamt	71	

Intelligenzniveau, § 126 a StPO-Patienten (n = 71)

	Un- bekannt	Keine Ein- tragungen	1-5 E.	6-10 E.	11-15 E.	16-20 E.	Gesamt
F00-09	0	0	1	0	0	0	<i>1</i>
F10	3	1	6	3	0	1	<i>14</i>
F11-19	7	3	18	5	2	0	<i>35</i>
F20-29	0	3	1	1	1	0	<i>6</i>
F40-48	0	1	0	0	0	0	<i>1</i>
F60-69	2	0	7	1	1	0	<i>11</i>
F70	1	1	0	0	0	0	<i>2</i>
Gesamt	<i>13</i>	<i>9</i>	<i>34</i>	<i>10</i>	<i>4</i>	<i>1</i>	<i>70</i> <i>Missing: 1</i>

Eintragungen im BZR kombiniert mit Diagnoseklassen in absoluten Häufigkeiten, § 126 a StPO-Patienten (n = 71)

	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 17)
Sonstige:	12	70.6
<ul style="list-style-type: none"> • Stationäre Therapie • Fernbleiben von der Drogenszene • Ambulante Therapie 		
Meldung von Wohnsitz- oder Arbeitsplatzwechsel	7	41.2
Ambulante Nachsorge	7	41.2
Abstinenz	6	35.3
Abstinenzkontrollen (Drogenscreening, CDT-Wert-Bestimmung etc.)	4	23.5
Kontakt zum Bewährungshelfer, Betreuer	4	23.5
Selbsthilfegruppe	1	5.9
Komplementäre Einrichtung	1	5.9
Gesamt: Weisungen / Probanden	42 / 17	

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Weisungen, § 126 a StPO-Patienten (n = 17)

E-3 § 64 StGB-Probanden

	Häufigkeiten	Gültige Prozent (n = 34)
Nachsorge freiwillig	10	29.4
Therapeutenkontinuität	7	20.6
Verbreiterung des Angebotes	6	17.6
Höhere Frequenz, über ein Jahr hinausgehend	3	8.8
Mehr Kontrolle, Druck	2	5.9
Organisation / Informationsgabe verbessern (bereits in der MRV-Therapie)	2	5.9
Trennung von MRV-Einrichtung	2	5.9
Stationäre Krisenintervention	1	2.9
Nachsorge verpflichtend	1	2.9
Gesamt-Nennungen	34	

Verbesserungsvorschläge zur Nachsorge, § 64 StGB-Katamnesepatienten (n = 136)

Dank

Für die Entstehung dieser Dissertation schulde ich vielen Menschen meinen Dank. Allen, die mir in dieser langen Zeit der intensiven Auseinandersetzung mit Rat und Tat beigestanden haben, danke ich sehr.

Insbesondere meinem Mann, **Dr. Marcus Janura**, bin ich dankbar für seine liebende Unterstützung und Hilfe – gerade bei der zuweilen schwierigen Koordination von Schreibtisch und Kinderbetreuung. Unsere beiden Kinder, **Maximiliane und Florentin**, haben diese Arbeit quasi von Geburt an begleitet; sie haben mir andere Prioritäten aufgezeigt, aber mich auch arbeiten lassen. Wunderbare Kinder!

Auch meiner Familie - meinem Vater **Jürgen Bezzel mit Ehefrau Elisabeth Hellwig-Bezzel**, meinen Schwestern **Katharina und Dorothea Bezzel** sowie meinen Schwiegereltern **Ellen Helmut Janura** - möchte ich für die langjährige und vielfältige Unterstützung danken. Dankbar erinnere ich zudem an meine verstorbene Mutter **Uta Bezzel-Wetter** und Großmutter **Lotte Wetter**, die wichtige Stützen auf meinem Lebensweg waren.

Bei **Herrn Prof. Dr. Helmut Lukesch** bedanke ich mich herzlich für die Betreuung dieser Arbeit; seine fachliche Unterstützung, das Interesse an einem forensischen Thema, die prompten und konstruktiv-motivierenden Antworten und die Möglichkeit, zu „kinder- bzw. mütterfreundlichen Zeiten“ Gespräche zu führen, haben mir sehr geholfen. Ebenfalls danke ich **Herrn Prof. Dr. Jürgen Zulley**, der freundlicherweise die Zweitbegutachtung übernahm.

Mitstreiter der ersten Stunde war **Herr Soz.-Päd. Rolf Schlauderer**. Vielen Dank für die tatkräftige Unterstützung bei der Datenerhebung, die Ermutigung und hilfreiche Kritik. Auch meinen langjährigen Kollegen **Frau Claudia Kargl und Herrn Dr. Uli Maier** sei an dieser Stelle für die gemeinsame Stationszeit und diverse Unternehmungen gedankt.

Herr Dipl.-Psych. Christian Hartl hat sich ohne langes Zaudern bereit erklärt, die Katamnese studie an der Klinik während meiner Elternzeit weiter zu betreuen und voran zu bringen. Als „Katamnese kollege“ und Freund war und ist er mir eine wichtige Stütze und Diskussionspartner: Danke für die Hilfe, die guten Ideen, die Motivationsarbeit in schwierigen Phasen und das sorgfältige Korrekturlesen.

Herrn Dr. Wolfram Titz sei für den Rat in Statistikfragen und das zeitintensive Zwischenlesen meiner Arbeit gedankt.

Den Kolleginnen und Kollegen der Forensischen Klinik Regensburg sage ich Danke für die Mitarbeit bei der Datenerhebung und diverse konstruktive Diskussionen; bei **Chef-arzt Dr. Wolfgang Mache** möchte ich mich für das Überlassen der Studienbetreuung und sein fortwährendes Interesse an katamnestisch-forensischen Fragestellungen bedanken.

Ein besonderer Dank gilt den Patienten der Forensischen Klinik, die bereit waren, an der Studie teilzunehmen, ihre Erfahrungen und Meinungen mitzuteilen und uns ein Stückchen ihres Lebensweges begleiten zu lassen.